UNIVERSITE PARIS - VAL DE MARNE

16

FACULTE de MEDECINE de CRETEIL

ANNEE : 1972

THESE

pour

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(diplôme d'Etat)

par

VIZINET Jean-Pierre

né le 14 Août 1943

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS DE QUARANTE CAS DE STAPHYLOCOCCIES PLEURO-PULMONAIRES DU NOURRISSON

Président : Monsieur le Professeur G.LEPERCQ

UNIVERSITE PARIS - VAL DE MARNE

FACULTE de MEDECINE de CRETEIL

ANNEE : 1972

THESE

pour

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(diplôme d'Etat)

par

VIZINET Jean-Pierre

né le 14 Août 1943

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS DE QUARANTE CAS DE STAPHYLOCOCCIES PLEURO-PULMONAIRES DU NOURRISSON

Président : Monsieur le Professeur G.LEPERCQ

A MA FAMILLE

A MA FAMILLE

A MES MAITRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR G.LEPERCQ

QUI M'A CONSEILLE POUR LA REDACTION

DE CETTE THESE,

ET QUI M'A FAIT L'HONNEUR

DE BIEN VOULOIR LA PRESIDER

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Deux facteurs font la gravité de la staphylococcie pleuro-pulmonaire de l'enfant : le syndrome toxi-infectieux initial et les complications mécaniques telles les pneumopathies bulleuses, les pleurésies, les pneumothorax et les pyopneumothorax. La sévérité du pronostic a complètement changé grâce aux traitements antibiotiques à visée antistaphylococcique et aux progrès des techniques de réanimation portant sur l'état de choc et la détresse respiratoire.

Nous nous proposons l'étude, après un rappel de cette affection, de tous les cas de staphylococcie pleuro-pulmonaire hospitalisés dans le service de pédiatrie du centre hospitalier EMILE ROUX de LIMEIL-BREVANNES de 1965 à 1971.

On observe la maladie surtout chez les nourrissons élevés en collectivité.

Le germe en cause est le staphylocoque doré, qui fermente le mannitol sur milieu CHAPMAN.

On incrimine au moment de la naissance un germe maternel et pendant la période post-natale, un staphylocoque apporté par tout ce qui entre en contact avec l'enfant.

Au moment de la primo-infection on retrouve le groupement de signes généraux, associant un mouvement fébrile souvent discret à une petite modification de la courbe de poids et de signes de localisation rhinopharyngés, cutanés ou digestifs.

Au point de vue clinique, le début est très souvent extrêmement brutal; le tableau associant d'emblée des signes généraux graves, des signes respiratoires et des signes digestifs.

Le comportement de l'enfant se modifie, il geint, refuse de boire et il présente une température à 38 - 39°. Il est pâle, cyanosé et gris. On lui trouve une polypnée rapide, superficielle, avec un tirage et de la toux, se majorant à la mobilisation.

On note la présence de troubles digestifs avec des vomissements, des selles liquides et un ballonnement abdominal caractèristique. On peut retrouver dès les premières heures une matité localisée ou étendue; au contraire, parfois, la percussion montre une hypersonorité. L'auscultation est le plus souvent pauvre, ne recueillant qu'une bouffée de râles.

On pratique des examens radiographiques au lit, en position verticale, sur l'enfant assis, de face et de profil. On recherche soit une opacité parenchymateuse segmentaire, lobaire ou de la totalité d'un poumon, soit le comblement d'un cul-de-sac costo-diaphragmatique. Souvent une ligne bordante pleurale externe et rarement une image bulleuse au début, ou un déplacement latéral du médiastin.

Les examens complémentaires les plus interressants sont l'hémogramme, qui montre, le plus souvent, une hyperleucocytose à 10 000 ou 15 000, avec 50 à 60% de polynucléaires neutrophiles, mais parfois aussi une leucopénie dans les formes sévères. La recherche bactériologique du staphylocoque dans une ponction pleurale initiale affirme le diagnostic et avec l'antibiogramme permet l'adaptation de la thérapeutique à la souche en cause. Les autres exa-

mens complémentaires n'offrent que peu d'intérêt au point de vue diagnostic et pronostic.

L'évolution, pendant les trois ou quatre premiers jours, est marquée par le syndrome infectieux aboutissant parfois à la mort dans un tableau de toxi-infection. Dans la plupart des cas elle se fait vers la guérison avec très souvent une complication soit discrète, révélée uniquement par la radiologie, soit dramatique, nécessitant des opérations de drainage.

On peut classer les complications suivant deux types : en premier lieu, les complications pleurales sous forme de pleurésie, de pneumothorax ou de pyopneumothorax.

Les pleurésies à staphylocoque sont très banales cliniquement. Elles peuvent être soit très discrètes, cèdant à des ponctions avec injections locales d'antibiotiques, soit très abondantes nécessitant un drainage. Elles allongent le délai de guérison au delà d'un mois.

Les pneumothorax et les pyopneumothorax sont fréquents. Habituellement il s'agit d'un pyopneumothorax avec prépondérance du second élément. Le début peut être latent, découvert par l'examen systématique, ou tragique, révélé par une aggravation rapide de l'état général de l'enfant pouvant évoluer vers la mort parfois.

Au décours de la maladie, on note chez l'enfant l'apparition de dyspnée et d'angoisse. L'examen montre dans un hémithorax une hyper-sonorité avec une matité basale et une abolition des bruits respiratoires. On peut chercher à apprécier l'importance de l'épanchement avec la déviation médiastinale et l'existance d'une hernie gazeuse médiastinale antérieure se projetant sur l'ombre cardiaque. Les déplacements importants sont gravissimes et nécessitent une décompression d'urgence. Comme pour les pleurésies le délai de guérison est prolongé de un à deux mois.

En second lieu, on voit les pneumopathies bulleuses, qui sont fréquentes et caractéristiques des staphylococcies pleuro-pulmonaires. Les bulles sont multiples et groupées dans un segment ou un lobe.
Elles n'ont, le plus souvent, qu'une expression radiologique, mais elles peuvent parfois atteindre un volume tel qu'elles posent des problèmes de compression intrathoracique nécessitant un drainage décompressif.

Les images anormales peuvent persister des mois, mais la guérison finit toujours par survenir spontanément, totale et définitive.

Il existe des complications rares à type d'abcès staphylococcique avec vomique et péricardite ou de septicopychémie.

Les formes mortelles peuvent être précoces par toxi-infection ou tardives au-delà du sixième jour par complication mécanique, le premier cas s'observe surtout chez les enfants de moins de deux mois; la gravité se traduit par l'atteinte de l'état général et l'existence fréquente d'une leucopénie avec une granulopénie. Ce sont souvent des atteintes bilatérales. Les accidents mécaniques sont en rapport avec des pneumothorax suffocants insuffisamment ou tardivement drainés et plus rarement avec des bulles extensives.

Au point de vue anatomo-pathologique, on trouve une triple atteinte pulmonaire, bronchique et pleurale. Les lésions bronchiques vont de la plus simple ulcération de l'épithélium à l'abcès pariétal susceptible de s'étendre au parenchyme voisin et à la cavité pleurale si il s'agit d'une bronche périphérique.

Les lésions pulmonaires sont le plus souvent celles d'une pneumonie infarcto'de hémorragique évoluant secondairement vers la suppuration, plus rarement vers une nécrose acidophile.

Les lésions pleurales vont du simple épaississement avec sérosité à la suppuration abondante.

Le traitement se fait en milieu hospitalier. Il comporte une part médicale, incluant la réanimation médicale, l'antibiothérapie et la corticothérapie, une part de surveillance permanente, clinique, radiologique et de laboratoire et d'éventuelles interventions de décompression et de drainage.

Les indications chirurgicales d'exérèse qui ont été proposées semblent à la plupart des auteurs exceptionnelles.

La réanimation comporte de l'oxygénothérapie et la pose d'une perfusion pour maintenir l'équilibre hydroélectrolytique, bien que l'enfant ne soit pas, au début, déshydraté. On donne par Kg./24h. 120 à 150 ml. de serum glucosé à 5% avec 1 meq. de Na, 2 meq. de Cl et 1 meq. de K.
Dès que le ballonnement abdominal s'atténue, il devient possible de reprendre

l'alimentation per os et on diminue les quantités de liquide perfusées.

L'antibiothérapie doit être prescrite à forte dose et par voie intraveineuse. On fait actuellement appel aux pénicillines synthétiques à action antistaphylococcique (OXACILLINE, AMPICILLINE) à la dose de 100 à 200 mg./j. Les autres antibiotiques sont associés suivant les indications de l'antibiogramme si on a pu faire un prélèvement (CHLORAMPHENICOL, KANAMYCINE, NOVOBIOCINE, etc...). La perfusion doit être maintenue une quinzaine de jours et on poursuit le traitement per os ou en intramusculaire pendant au moins un mois.

La corticothérapie paraît utile pendant la période initiale bien que l'on ait pu l'accuser de favoriser les perforations pleuro-pulmonaires.
A l'association antibiotiques // corticothérapie, il faut ajouter, dès que possible, un antifungique per os.

A ce traitement médical, poursuivi jusqu'à la guérison, peut s'ajouter à la demande une décompression ou des drainages.

Les indications de la décompression ou des drainages sont les épanchements gazeux d'apparition brutale ou d'extension progressive. Elle doit être faite à l'aiguille sans prendre la pression qui est toujours considérable. On doit la poursuivre plusieurs jours en reliant la cavité pleurale à un bocal soit par l'intermédiaire d'une aiguille, soit par un cathéter, avec adjonction d'un aspirateur permettant la reperméabilisation des tubulures en cas d'épanchement purulent associé.
Avant l'ablation du matériel on fait un contrôle radiologique après clampage. On pourra par cette voie instiller des antibiotiques dans la plèvre.

Le drainage est indispensable pour tout épanchement purulent un peu abondant. Mais on peut différer la mise en place d'un drain de caoutchouc assez gros. On relie le drain à un bocal mis en dépression de 10 à 20 cm d'eau à l'aide d'un aspirateur. L'ablation est faite comme précédemment.

La prévention des staphylococcies pleuro-pulmonaires est capitale.
Elle rejoint celle de infections staphylococciques du personnel et des nourrissons dans les collectivités par l'éviction des malades et l'hygiène des mains.

Enfin il reste le problème non résolu de l'emploi des antibiotiques pour les staphylococcies mineures qui risquent de sélectionner les germes les plus résistants.

OBSERVATION I

L'enfant CHA... Laurent, né le 18/VI/64, entre dans le service le 16/X/64 pour une gastro entérite fébrile avec déshydratation aigüe; il est né à terme pesant 2 700g.

Lors de son entrée, laradiographie pulmonaire est normale. On traite par du chloramphénicol 150mg, de la penicilline I 000 000 U. et de la colistine 500 000 U.

Le 18/X/64, apparait à la radiographie pulmonaire un épanchement pleural de la base droite.

Le 24/X, on pratique une ponction pleurale qui ramène du pus franc. Il est alors transféré dans un service de chirurgie infantile.

Sur les radiographies on note une opacité du champ pulmonaire droit, évoquant un épanchement pleural. Sous traitement, cette opacité pleurale disparait en 15 jours. L'état général de l'enfant s'améliore et la numération formule sanguine montre une diminution de la leucocytose.

Alors que l'état infectieux est en voie d'amélioration, apparait une image bulleuse de la base droite. Cette image grossit progressivement le 18/XI, elle envahit tout l'hemithorax droit et refoule le médiastin à gauche, entrainant une certaine gêne respiratoire. On pratique une pleurotomie a minima dans le 2ème espace intercostal droit en avant. Cette pleurotomie déclanche un état de mal épileptique, qui ne cède que sous anesthésie générale.

Dans les jours qui suivent, les signes radiologiques s'amendent, on enlève le drain le 28/XI.

L'image bulleuse de la base droite persiste pendant 1 mois, en régressant progressivement.

Le 4/I/65, l'image radiologique est normale, après 2 mois et 20 jours d'évolution.

OBSERVATION 2

L'enfant MEL... Mireille, née le 11/VI/65, est envoyée par une poupponnière le 8/VII/65, à l'âge de 5 mois pour diarrhée et otite. Elle pèse 5 650g.

Lors de son entrée, l'examen clinique ne montre rien, le prélèvement de gorge objective un staphylocoque doré. La numération formule sanguine donne une leucocytose à 17 600 avec une polynucléose neutrophyle à 63%. On voit sur les radiographies pulmonaires une opacité de tout le poumon droit avec la présence d'images claires arrondies laissant l'apex libre.

On traite par perfusion d'oxacilline 0,50 g/j et chlorhydrate de tetracycline 0,250 g/j, de virginamycine 500 mg/j per os et de l'oxacilline 500 mg en intramusculaire.

Le I2/VII, alors que l'état clinique de l'enfant est bon, on retrouve à la radiographie pulmonaire, à droite, une opacité homogène du bord externe et de la moitié inférieure du champ pulmonaire, avec en son sein une image claire arrondie. On arrête le chlorhydrate de tetracycline.

Le 15/VII, après 7 jours de traitement, on arrête l'oxacilline intramusculaire. Le lendemain, la radiographie pulmonaire montre une atténuation à droite de l'opacité, avec présence de nombreuses bulles disséminées, une opacification de la grande scissure et une discrète ligne bordante, le lobe moyen est un peu rétracté.

On arrête les perfusions le 23/VII et on donne l'oxacilline per os 0,50 g/j.

Le 31/VII, la numération formule sanguine se normalise avec 15 600 globules blancs et 49% de polynucléaires neutrophiles.

Le 2/VIII la radiographie pulmonaire montre le parenchyme pratiquement normal, sauf au niveau du hile et du cul-de-sac costodiaphragmatique droits.

La grande scissure est toujours visible, les images bulleuses siègent dans le lobe moyen et l'apex. Ces dernières vont s'atténuer progressivement et disparaître 20 jours plus tard. L'image scissurale persistera jusqu'au 1/X. Le traitement par oxacilline est arrêté le 31/VIII.

OBSERVATION 3

La petite BRE... Delphine, née le 10/VIII/65, entre dans le service le 20/XI/65, envoyée par une pouponnière pour fièvre accompagnée de geignements et de toux minime. Ces troubles sont apparus le jour même. L'examen à l'entrée retrouve, chez cette belle enfant de 3 mois, pesant 5 400 g une altération du faciès : les yeux sont cernés, il existe une légère teinte grise péribuccale et des accès de pâleur. La fièvre est à 39°6. Les signes respiratoires se réduisent à la toux. Il n'y a pas de dyspnée. La percussion et l'auscultation pulmonaires sont normales. L'abdomen est un peu ballonné. La gorge est propre, les tympans sont normaux.
Il existe des petits signes neurologiques : un plafonnement intermittent du regard, quelques mouvements de mâchonnement et des troubles vasomoteurs des extrémités, qui font pratiquer une ponction lombaire. Le liquide céphalo-rachidien est normal.
Une perfusion est installée apportant de l'oxacilline 0,50 g/j et du chloramphénicol 0,250 g/j , on y adjoint de la pristinamycine 0,25 g/j et du phénobarbital.
Dans la nuit l'enfant fait des crises convulsives de l'hémicorps droit traitées par diurétique mercuriel et phénobarbital. Le 22/XI/65 , l'état s'améliore .
Quant à la radiographie pulmonaire, elle est normale. Mais le cliché montre une aéro-iléie. L'hémogramme révèle une hyperleucocytose à 16 400 avec des polynucléaires neutrophiles à 62%. La perfusion est arrêtée au bout de 5 Jours L'oxacilline, poursuivie par voie intramusculaire, est elle même arrêtée le 30/11 . En effet, l'état général est bon, l'absence de tout signe radiographique au bout de 6 jours fait douter du diagnostic de staphylococcie pleuro-pulmonaire.

Mais le 2/XII/65 s'installe brusquement un grave état de détresse respiratoire : polypnée, toux fréquente, mousse aux lèvres, tachycardie, râles sous crépitants diffus dans les 2 champs pulmonaires avec aspect général médiocre. La fièvre est à 38°2, vomissements, pâleur extrême et coloration grise de la zone péribuccale.
Le cliché du 3/XII révèle une image bulleuse paracardiaque droite se projetant en partie sur l'opacité hépatique. Sa paroi est fine et régulière. A postériori, on constate que cette image commençait à se dessiner sur les précédents clichés.
La reprise du traitement anti-staphylococcique entraine une rapide amélioration de l'état de l'enfant. Les clichés ultérieurs montrent que la bulle de la base droite va rester unique et peu volumineuse. Elle s'efface totalement au bout de 6 semaines environ. Toute médication anti-staphylococcique ayant déjà été arrêtée au bout d'un mois.

OBSERVATION 4

L'enfant BRA... Angélique, née le 29/V/65avec un poids de 3 740g, venant d'une pouponnière entre dans le service le 21/XI/65 à l'âge de 5 mois, pour une dyspnée dans un contexte grippal. Elle ne présente pas d'antécédents particuliers.
Lors de son entrée, l'examen clinique n'apporte aucun renseignement, sauf une fièvre à 38°. On pratique une radioscopie pulmonaire qui ne montre rien.

.../...

On donne systèmatiquement un traitement de tetracycline 0,40g/j, pristinamycine 0,40g/j, phenobarbital 20g. Le lendemain la température est à 39°5. On pratique une ponction lombaire, qui ramène un liquide normal. Le prélèvement de gorge est normal. La numération formule sanguine montre une leucocytose à 16 000 avec une polynucléose neutrophile à 71%.

Le 24/XI, l'enfant refuse les biberons, gémit, elle présente une albuminurie. On note alors de gros râles dans les 2 champs pulmonaires, une matité de la base droite, un léger tirage sous -costal, pas de cyanose, l'abdomen est tendu.

La radiographie pulmonaire montre un poumon gauche clair, avec attraction médiastinale à gauche, à droite un comblement de la base par une opacité homogène à limite supérieure horizontale, un pneumothorax incomplet et de plus, au sein du parenchyme, une image claire arrondie, finement cerclée de l'apex.

On arrête alors le traitement précédent pour donner en perfusion 350 cc. de glucosé isomolaire, oxacilline 0,80 (Ca 0,75 - Cl 0,75 - Na 1g) et hemisuccinate de chloramphénicol 0,35 g/j.

Pendant 5 jours l'état de l'enfant reste stationnaire avec une accentuation des images radiologiques.

Le 29/XI sur la radiographie pulmonaire le médiastin revient en place, l'opacité de la base droite s'atténue, mais le pneumothorax augmente de volume. On arrête les perfusions et on donne le traitement en intramusculaire. L'état général de l'enfant s'améliore les jours qui suivent, il est apyrétique. Sur les radiographies pulmonaires, l'épanchement droit régresse pratiquement complètement ainsi que le pneumothorax.

Le 3/XII, on arrête le chloramphénicol et on remplace par de la virginamycine 350 mg/j.

Le 6/XII l'enfant a un état général satisfaisant, une auscultation pulmonaire normale et un poids à nouveau croissant, la numération montre 14 400 globules blancs, dont 70% de polynucléaires neutrophiles.

La radiographie pulmonaire objective une réaugmentation de volume de l'épanchement liquidien droit, une régression du pneumothorax et un accroissement de l'image bulleuse apicale.

On repasse le traitement en perfusion : oxacilline 800 mg et flabelline 750 mg en intramusculaire, à quoi on adjoint de la pristinamycine 1 comp./j.

Le 9/XII l'examen radiologique montrant une régression des signes, on repasse en traitement intramusculaire.

Le 13/XII la numération formule sanguine est normale. Sur la radiographie il persiste un petit épanchement gazeux à droite, tandis que l'image bulleuse régresse. L'image est normale le 24/XII, soit après un mois d'évolution.

On arrête tout traitement le 18/I/66 car l'enfant présente, à la suite de la staphylococcie pleuropulmonaire, une varicelle.

OBSERVATION 5

L'enfant PIE... Patrick, né le 26/V/65, entre dans une pouponnière le 22/VII/65. Il présente le 24/VII de la toux, avec à l'auscultation pulmonaire des râles sous crépitants de la base gauche. On traite pa 0,20g de tetracycline. Dans les jours qui suivent l'état de l'enfant se détériore, il présente une température à 39°, la radioscopie pulmonaire est normale.

Il entre dans le service le 28/VII/65, à l'âge de 2 mois, pesant 4 200g et avec une température à 39°6. On trouve une toux incessante, une submatité de la base droite, des râles transmis à l'auscultation et un ballonnement abdominal. La numération formule sanguine objective une hyperleucocytose à 20 000 avec 63% de polynucléaires neutrophiles. La radiographie pulmonaire

.../...

montre une opacité parahilaire droite.

On le met sous un traitement d'oxacilline 0;40g et tetracycline 0,30 g/j en intramusculaire, on y adjoint 125mg de kana mycine per os, ainsi que 1 goutte de digitaline pendant 3 jours. La température tombe à 37°7 le lendemain. Le prélèvement de gorge montre un staphylocoque doré.

Le 30/VII on passe en perfusion l'oxacilline 0,40g et per os de la virginamycine 0,30g/j, de la kanamycine 125mg et de la flabelline 0,50.

Le 31/VII l'enfant n'a pas de diarrhée, mais la coproculture montre un colibacille III B 4.

Le 2/VIII la température est normale, l'enfant grossit et tousse moins, on note toujours une matité de la base droite. Les radiographies pulmonaires montrent une opacification diffuse de la trame pulmonaire avec 2 images claires arrondies siègeant dans le lobe basal droit et un comblement du sinus costodiaphragmatique droit. On arrête la kanamycine.

Le 5/VIII l'épanchement pleural droit a augmenté de volume ainsi que les 2 images bulleuses.

Le 7/VIII on arrête la perfusion et on donne l'oxacilline en intramusculaire.

Le 13/VIII on note une augmentation des images bulleuses, circonscrites d'un fin liseré, alors que l'épanchement est stationnaire sur les examens radiographiques pulmonaires. On redonne le traitement en perfusion.

Le 15/VIII la numération formule sanguine est normale, cliniquement les manifestations pulmonaires ont disparu .

Le 25/VIII les images radiologiques pulmonaires sont normales. On arrête la flabelline le 31/VIII et l'oxacilline le 5/X, après 2 mois et 1 semaine de traitement.

Au cours de ce traitement l'enfant a présenté un muguet buccal, que l'on a traité par de la nystatine per os pendant 1 mois.

OBSERVATION 6

L'enfant SEL... François est né à terme avec un poids de 3.930g le 18.8.65 Il présente en pouponnière à partir du 3/X une toux isolée. Sa température augmente à 39°7. Le 5/X, il gémit et est dyspnéique. On lui donne de l'érythromycine, et le lendemain 2 M.U de pénicilline et 0,20g de streptomycine.

Il entre dans le service le 6.X.65.

Sa température est à 39°4, il a un bon cri, il ne tousse pas, il présente une légère dyspnée, un discret tirage intercostal, un abdomen ballonné et une rhinorrhée purulente. L'examen radioscopique est normal, l'auscultation pulmonaire n'apporte aucun renseignement. On le traite par de l'oxacilline en intramusculaire 500mg/j et de l'érythromycine 0,25 g/j.

La numération montre 17.200 globules blancs et 53% de polynucléaires neutrophiles. La température redevient normale en 3 jours, la radiographie pulmonaire pratiquée le 8/X est normale. On arrête le traitement le 9/X.

Le 11/X la radiographie montre à droite une opacification de la grande scissure, et de petites opacités homogènes parahilaires.

Le 16/X la courbe de poids est croissante, la température est irrégulière à 37-38°. La radiographie pulmonaire montre une légère opacité diffuse non homogène de la base gauche avec 2 images claires arrondies du champs gauche. Ces images ne sont retrouvées qu'au vu des clichés ultérieurs.

Le 20/X la température est remontée à 39°2. L'enfant gémit, on trouve une matité de la base gauche.

L'hémogramme montre 15.400 globules blancs et 47% de polynucléaires neutrophiles. Sur la radiographie on voit un foyer opaque de la base gauche

.../...

.../...

avec des images claires arrondies et un discret épanchement pleural qui comble le cul-de-sac costodiaphragmatique gauche.

On traite par des perfusions de serum glucosé isomolaire, contenant de l'oxacilline 500mg/j et pénicilline 5M U. par jour, et on donne de la pristinamycine par os 375mg/j.

Le 26/X la température est normale, on arrête les perfusions et on ajoute de la flobelline 0,750 mg/j.

A partir du 4/XI les images radioscopiques vont régresser, la numération formule sanguine redevient normale le 9/XI, et la radiographie pulmonaire le 3/XII, après un mois et demi d'évolution.

On arrête alors tous les traitements.

OBSERVATION N°7

L'enfant Jean-Michel DUB... est né à terme après une césarienne pour un bassin généralement rétréci de la mère le 1/IX/65 ; de plus, il présente une incompatibilité rhésus qui fait prétiquer une exsanguinotransfusion. D'autre part on lui trouve une trisomie 21 et une syndactylie 3-4 bilatérale.

Il est hospitalisé le 21/X pour une diarrhée à colibacilles IIIB4 traitée par de la COLISTINE. Le 24/XI, à l'âge de 2 mois 20 jours, apparaît une dyspnée avec encombrement pharyngé. L'enfant est pâle mais non cyanosé, sa température est à 38°, on trouve un tirage sus et sous sternal, des râles sous crépitants aux bases, mais pas de matité et un abdomen ballonné.

L'hémogramme objective une hyperleucocytose à 23.000 et 60% de polynucléaires neutrophiles. La radiographie montre une opacité diffuse, homogène, sans limite précise de l'apex droit et un coeur augmenté de volume, surtout au niveau des oreillettes. On traite par perfusions d'OXACILLINE 0,30 g/j , et de la COLISTINE 750.000 U. avec de la PRISTINAMYCINE 0,250 g/j per os.

5 jours plus tard il est apyrétique, l'hémogramme est normal, mais les clichés pulmonaires sont identiques.

Le 10/XII l'opacité a régressé et n'atteint plus la périphérie ; il apparaît en son sein une petite image arrondie, aérique. Le 31/XII, l'image pulmonaire régresse, on arrête le traitement le 4/1/66, pour le reprendre le 9/1, puis devant l'apparition d'un muguet pharyngé on y adjoint de la NYSTATINE 500.000 U.

Le 20/1, les radiographies montrent la persistance d'une petite opacité apicale droite en lame, à bord inférieur net. On remplace l'OXACILLINE par de la TETRACYCLINE 250 mg/j en intramusculaire, elle-même arrêtée 5 jours plus tard.

L'enfant a grossi de 2.400 g en 3 mois et 20 jours ; on voit son poids devenir stationnaire à partir du 5/II,

On reprend le même traitement le 24/II car sa température est à 39°, et il présente des vomissements et des ronchus dans les 2 champs pulmonaires.

Le 15/III, on fait une bronchographie lipiodolée qui est normale. Le 31/III la radiographie pulmonaire montre une opacité homogène de tout le poumon gauche, avec un déplacement médiastinal vers la droite. On trouve une hyperleucocytose à 25.200 et 78% de polynucléaires neutrophiles. On institue un traitement en perfusion de 0,50 g/j d'OXACILLINE, et 0,20 g/j de CHLORAMPHENICOL.

L'enfant meurt le soir même.

... / ...

OBSERVATION N°8

L'enfant GAB... Olivier est né le 15/VIII/65, sans antécédents pathologiques. Il entre dans le service le 3/XI/65 venant d'une pouponnière. Il y avait présenté la veille de la fièvre à 40°, de la diarrhée, de la toux, de la dyspnée, avec une otite qui a été paracentésée.

A l'entrée il pèse 5.650g et a une température à 38°5. Il a un bon aspect l'examen clinique est négatif, sauf une matité de la base droite. La numération formule sanguine montre 23.800 globules blancs, avec 56% de polynucléaires neutrophiles. La radiographie pulmonaire est normale de face, mais montre une opacité diffuse postérieure sur le profil.

On note une otite droite perforée mal drainée. Il reçoit en traitement de l'OXACILLINE 0,50 g/j en intramusculaire et VIRGINAMYCINE 0,50 g/j. On trouve des staphylocoques lors du prélèvement du pus d'oreille.

Le 5/XI on donne le traitement en perfusion, soit de l'OXACILLINE 0,50g/j de la PENICILLINE G 5.000.000 U, et de la VIRGINAMYCINE en intramusculaire 0,50 g/j.

Le 6/XI la température est à 39°6. Il présente de la toux et un faciès vultueux. La matité de la base droite persiste, mais l'auscultation n'apporte aucun renseignement. La radiographie pulmonaire montre une opacité de la totalité du parenchyme droit.

Le 7/XI on note un mauvais état général, une matité qui s'est étendue à tout l'hémithorax et une polypnée avec tirage sus et sous-costal. On arrête la PENICILLINE G et la VIRGINAMYCINE? On ajoute du CHLORAMPHENICOL 0,40 g/j de la COLISTINE 300.000 U/j en perfusion et de la PRISTINAMYCINE 0,50 g/j en intramusculaire.

Le 9/XI, l'atempérature est à 37°4. On pratique une ponction pleurale qui ramène un peu de liquide dont la culture est négative.

Le 12/XI, la radiographie pulmonaire montre une opacité de tout le poumon droit avec apparition d'images aériques polylobées, limitées par endroits, par un liseré opaque au niveau de la base droite.

On arrête les perfusions le 15/XI.

Le 26/XI, l'enfant présente une varicelle et un muguet buccal. Les radiographies pulmonaires montrent la présence de 2 images bulleuses à droite et en arrière, et un parenchyme normal par ailleurs. On adjoint au traitement de la NYSTATINE 500 000 U./j per os.

L'état général s'améliore, l'examen clinique devient négatif, le poids redevient croissant.

On arrête le 10/XII la NYSTATINE, le 17/XII la PRISTINAMYCINE et le 31/XII après 2 mois de traitement l'OXACILLINE. Les images bulleuses disparaissent sur les clichés le 10/II/66, soit 4 mois après le début de l'affection.

OBSERVATION 9

L'enfant TEA... Laurence, née le 17/IV/65, entre dans le service le 21/XI venant d'une pouponnière, à l'âge de 6 mois pour de la toux et une image radiologique anormale. Dans ses antécédants, on ne trouve qu'une prématurité à 1 520 g.

A l'entrée la température est à 38°3, l'enfant est geignarde, fatiguée, a le teint gris, mais pas de cyanose. Elle ne présente pas de signe de déshydratation, mais une dyspnée avec battement des ailes du nez, et un tirage sous-costal.

L'auscultation pulmonaire n'apporte pas de signes en foyer patents. La radioscopie pulmonaire objective une volumineuse opacité arrondie paracardiaque droite. On met l'enfant sous traitement en perfusion d'OXACILLINE 0,50g/j et de CHLORAMPHENICOL 0,20 g/j.

.../...

Le lendemain l'état général de l'enfant s'est amélioré. La numération formule sanguine montre une hyperleucocytose à 20.000, avec 46% de polynucléaires neutrophiles. Sur les radiographies pulmonaires on voit un pneumothorax droit complet refoulant le moignon pulmonaire au hile avec une hernie médiastinale. On décide de transférer l'enfant dans un service spécialisé de chirurgie infantile, où l'on draine le pneumothorax. Dans les jours qui suivent, des images bulleuses apparaissent dans la région médiane et basale du poumon droit. L'évolution de ces images est rapidement régressive.

Le 23/XII, un mois plus tard, elle revient dans le service, avec à la radiographie pulmonaire 2 images bulleuses à peine visibles. Par ailleurs, tout est normal. On poursuit le traitement par OXACILLINE à la dose de 0,50 g/j en intramusculaire.

Le 6/I, la radiographie pulmonaire est normale. On arrête le traitement, soit après un mois et demi d'évolution.

OBSERVATION Nº 10

L'enfant Sabine LAU... est née le 20/VIII/65. Elle est envoyée dans le service par une pouponnière où elle a fait une diarrhée à colibacilles à IIIBq et a BBB5, traitée par COLISTINE, depuis le 16/XI.

Le 2/XII, à l'âge de 3 mois 1/2, elle présente une température à 39°2, avec un pharynx congestif, elle est très agitée. Elle reçoit 1.500.000 U de PENICILLINE et est adressée le lendemain dans le service. Lors de son entrée elle pèse 6.050g ; on lui trouve le teint gris, une dyspnée, une cyanose et un tirage sus-sternal, ainsi qu'une légère matité à droite. Sur la numération formule sanguine on voit une hyperleucocytose à 26.800 avec une polynucléose neutrophyle à 68%. Les radiographies pulmonaires montrent à droite une augmentation de densité de la trame pulmonaire de la base, un cul-de-sac costo-diaphragmatique comblé, et une rétraction scissurale.

On institue un traitement par perfusions de 0,60g d'OXACILLINE et 0,25g d'HEMISUCCINATE DE CHLORAMPHENICOL, ce à quoi on adjoint 0,30g de STREPTOMYCINE par os, 2 gouttes de CHINALINE par jour pendant 2 jours et 3 ag de ERYTHROMYCINE. Le prélèvement de gorge montre des staphylocoques pathogènes.

Deux jours plus tard, l'enfant a toujours une dyspnée à 52-4 et la radiographie pulmonaire montre une densification généralisée à tout le parenchyme droit, sur laquelle se détache la grande scissure plus opaque. On pratique une ponction pleurale dans laquelle on ne trouvera à l'analyse que de nombreux polynucléaires.

Le 12/XII, l'enfant est apyrétique, la numération formule sanguine est inchangée. Sur les radiographies pulmonaires l'opacité a régressé et est limitée au lobe basal. Le cul-de-sac costodiaphragmatique est partiellement comblé.

On arrête le 16/XII le CHLORAMPHENICOL.

Le 18/XII il ne persiste plus sur les radiographies qu'un discret comblement du cul-de-sac costo diaphragmatique droit ; la numération formule sanguine est normale.

On enlève les perfusions le 20/XII, et on donne l'OXACILLINE en intramusculaire, à la dose de 0,60 g/j. Les radiographies pulmonaires sont normales.

L'antibiothérapie est arrêtée le 1er/I/66 après un mois et une semaine de traitement.

.../...

.../...

OBSERVATION N° 11

Le petit CHI... Nadir , né le 18/X/65 est envoyé par une pouponnière où il a présenté des troubles digestifs à la suite desquels il a été traité par AUREOMYCINE et ABIOCINE. Il présente 4 jours avant son entrée dans le service une bronchite avec dyspnée, ainsi qu'une otite.

Le 16/XII sa température est à 39°9.

On fait une scopie qui ne montre rien.

Le 17/XII une nouvelle radioscopie montre une opacité de tout l'hémithorax gauche. Lors de son entrée dans le service ce même jour, on lui trouve une matité de la totalité de l'hémithorax gauche. La radiographie pulmonaire montre, à gauche, une opacité homogène, recouvrant le sommet, et à la base une petite zone arrondie, claire, non cerclée.

La numération montre une légère hyperleucocytose à 8.200, sans perturbation de la formule. On retrouve des staphylocoques pathogènes à la coproculture. Le prélèvement de gorge est négatif.

On installe un traitement par perfusion, comportant : OXACILLINE 0,40g/j, et CHLORAMPHENICOL (0,20g/j). On y adjoint 0,25g de PRISTINAMYCINE per os.

Le lendemain, la température est normale, la numération montre une hyperleucocytose à 15.200 avec 44% de polynucléaires neutrophiles. A la radiographie l'opacité pulmonaire gauche s'estompe. On découvre une otite droite. Le prélèvement de pus montre des bacilles pyocyaniques.

Dans les trois jours qui suivent, on voit apparaître des petites images aériques non cerclées, au sein du parenchyme pulmonaire gauche.

Le 23/XII l'amélioration de l'état général de l'enfant permet d'arrêter les perfusions et de passer au traitement par injection intramusculaire.

Le 26/XII on arrêtera le CHLORAMPHENICOL.

Les radiographies pulmonaires faites le 31/XII montrent des petites images aériques, non cerclées, disséminées dans le champ pulmonaire gauche.

Le 5/I la numération formule sanguine est normale. Les images pulmonaires vont régresser et disparaître.

Le 20/I les radiographies sont normales, ce qui permet d'arrêter tout traitement le 31/I/65, après un mois et 14 jours d'évolution.

OBSERVATION 12

La petite Francette PER..., née le 8 Novembre 1965, entre le 23/XII/65 à l'âge d'un mois et demi envoyée par le médecin d'une pouponnière, pour un état dyspnéique. Elle n'a pas d'antécédents notables, hormis depuis deux jours, une rhino-pharyngite et une diarrhée. Elle pèse 3,5 Kg. Elle est un peu fébrile : 37°7. Cependant, on note des signes respiratoires : toux, dyspnée, diminution du murmure vésiculaire à droite avec submatité. Mais l'image radiologique pulmonaire est normale. Le cliché ne montre qu'un distension gazeuse abdominale.

La recherche de staphylocoques pathogènes dans le prelèvement de gorge est positive. L'hémogramme montre 10.000 globules blancs, 67% de polynucléaires neutrophiles.

Une perfusion est installée dès le 23/XII/65 :
OXACILLINE (0,40 g/j) et CHLORAMPHENICOL (0,15 g/j).

En plus :
PRISTINAMYCINE par voie buccale (0,20 g/j)

Au bout de 4 jours la perfusion est remplacée par des injections intramusculaires d'OXACILLINE.

... / ...

.../...

Mais le 30/XII, alors qu'il n'y a plus aucun signe fonctionnel respiratoire, -ni toux, ni dyspnée, -la radiographie pulmonaire découvre un pneumothorax droit. Celui-ci aura une évolution spontanément favorable.

Le 14/I, l'image thoracique est redevenue normale, après 3 semaines d'évolution.

OBSERVATION 13

L'enfant PIS... Joëlle, née le 2/II/66 est envoyée par une pouponnière où elle présentait depuis plusieurs jours des troubles digestifs avec coproculture négative. Elle y a été traitée par divers antibiotiques.
Elle est née après une grossesse prolongée de 9 mois et demi et a un poids de naissance de 4 600 g.
Lors de son entrée, le 27/IV/66, à l'âge de 3 mois, la température est à 38°6. On note une déshydratation modérée avec de discrets cernes oculaires et un pli cutané. On trouve en plus une rhinite. Les radiographies pulmonaires sont normales, la numération formule sanguine montre une hyperleucocytose à 29 000 et une polyneutrophilie à 62%.
On traite par de l'OXACILLINE 0,50 g/j et KANAMYCINE 0,250 g en perfusion.
Cinq jours plus tard, le 2/V, l'état de l'enfant se détériorant avec pâleur, déshydratation plus marquée, persistance de la diarrhée et une chute de poids de 350 g en 2 jours, on perfuse OXACILLINE 0,75 g, CHLORAMPHENICOL 0,30 g et SOLUDECADRON 2 mg. Ce traitement est complété par 500 000 U. de COLISTINE en intramusculaire.
L'état général s'améliore et bien qu'il persiste une hyperleucocytose à 17 000 on arrête le traitement le 9/V.
Un mois plus tard, le 7/VI, elle présente une température à 39°6, elle est pâle et présente une polypnée avec battement des ailes du nez, on trouve une matité de l'hémithorax droit et un abdomen ballonné.
La radiographie pulmonaire montre une opacité homogène de la base droite à limite supérieure concave en haut et en dedans. Sur le profil droit la petite scissure est visible. On fait une ponction pleurale, l'analyse du liquide prélevé est négative. La coproculture et le prélèvement de gorge objectivent des staphylocoques pathogènes. La numération montre 9 800 globules blancs, la formule est normale.
On traite par une perfusion d'OXACILLINE 0,60 g, de CHLORAMPHENICOL 0,20 g, d'HYDROCORTISONE et par os 3 gouttes de DIGITALINE, 0,20 g de TETRACYCLINE et 0,30 de VIRGINAMICINE.

Le 10/VI, la température est à 38°2, l'enfant présente une amélioration de l'état général avec une persistance de la matité respectant le sommet droit. La radiographie pulmonaire montre à droite une opacité de toute la base, se poursuivant par une ligne bordante et à la partie supérieure de cette opacité une image aérique cerclée par un liséré opaque. La numération montre 31 400 globules blancs et 58% de polynucléaires neutrophiles. On arrête l'HYDROCORTISONE et la TETRACYCLINE.
Pendant 6 jours l'état clinique s'améliore, les radiographies pulmonaires successives montrent un accroissement très important du volume de la bulle, qui occupe toute la moitié inférieure du poumon droit et la persistance de la ligne bordante.

Le 23/VI, la numération redevient normale.

Le 27/VI, on arrête les perfusions et on poursuit le traitement per os, par 0,60 g d'OXACILLINE et 0,30 g de VIRGINAMICINE.
L'image radiologique pulmonaire va régresser régulièrement pour disparaître le 19/VII.
On arrête tout traitement 15 jours plus tard.

.../...

OBSERVATION 14

Le petit Khémissi ZAO... est un prématuré : il est né le 31/X/65, à 6 mois, avec un poids de 1 820 g.

Quand il arrive dans le service, le 21/3/66, c'est un enfant de 5 mois, pesant 4 600g. Il vient d'une pouponnière où, depuis 3 jours, il tousse et où, la nuit précédente, sa température est montée à 39°, tandis qu'il ne cessait de geindre.

L'examen à l'entrée note : température à 39°6, mauvais aspect, geignements, enfant gris, plus que cyanosé; tirage sus-sternal; tachycardie aux environs de 200; auscultation pulmonaire normale; percussion normale; abdomen tendu. D'emblée, on perfuse avec OXACILLINE 0,50 g/j et CHLORAMPHENICOL 0,20 g/j et on administre de la PRISTINAMYCINE per os 0,20 g/j. Ce traitement est complété par de la DIGITALINE 1 goutte et du SOLUDECADRON 1 mg.

Le lendemain on fait : hémogramme : 10 000 globules blancs, dont 36% de polynucléaires neutrophiles ; cliché du thorax : aucune image pathologique n'est retrouvée. L'enfant reste grisâtre et gémissant.

Le 23/III/66, à l'auscultation pulmonaire, le murmure vésiculaire est diminué à gauche et la percussion retrouve une discrète sonorité. La radiographie pulmonaire découvre une hyperclarté siégeant dans l'hémithorax gauche. Il s'agit d'un pneumothorax localisé au sommet et à la base. Le lendemain il se complète et s'accompagne d'une discrète hernie médiastinale antérieure, mais il n'y a pas de déviation évidente du médiastin.

Le 26/III, la persistance de la dyspnée et l'accentuation des signes radiologiques font transférer l'enfant dans le service de chirurgie des Enfants Malades. En chirurgie, il est drainé et aspiré et le poumon revient à la paroi.

L'évolution par la suite est simple et les radiographies ultérieures montrent une image thoracique normale.

OBSERVATION 15

La petite Martine VAS..., née le 4/V/66, est envoyée le 8/V/66 par une pouponnière de la région. C'est une enfant d'un mois, pesant 3 800 g. Nous n'avons pas de renseignements sur ses antécédents. A l'examen d'entrée ne sont notés qu'un discret ballonnement abdominal et de la fièvre. Deux examens complémentaires sont pratiqués dès l'admission : d'une part, un hémogramme, révèlant une hyperleucocytose à 13 200 avec polynucléose neutrophile à 62%. D'autre part une radiographie pulmonaire. Elle est strictement normale; l'examen attentif ne retrouve ni opacité parenchymateuse, ni anomalie pleurale. Ce cliché permet également d'apprécier l'état de l'abdomen : il y a quelques images aériques en quantité non significative.

Une perfusion est immédiatement installée, apportant des antibiotiques anti-staphylococciques : OXACILLINE 0,40 g/j, CHLORAMPH2NICOL 0,20 g/j, en outre per os on administre de la VIRGINAMICINE 0,20 g/j.

L'évolution est suivie sur des clichés radiographiques répétés. Celui pratiqué le 11/VI, c'est à dire 3 jours après l'entrée dans le service, met en évidence un pneumothorax partiel, interressant toute la partie inférieure du poumon gauche.

Ce pneumothorax se généralise les jours suivants : il est à peu près total le 14/VI. Il n'y a pas de déplacement médiastinal, ni d'aggravation des signes cliniques. L'épanchement gazeux se résorbe spontanément sans drainage. Dix jours plus tard, le cliché pulmonaire est redevenu normal.

Le traitement anti-staphylococcique est maintenu jusqu'au 29/VII, la guérison est totale, sans aucune séquelle.

.../...

OBSERVATION 16

L'enfant Patrick COS... est né le 28/V/66. Il présente le 12/IX/66 un furoncle du cuir chevelu, traité pendant 7 jours par de l'OXACILLINE 3 comprimés par jour.

Le 23/IX, à l'âge de 4 mois, il pèse 6 500 g et présente une température à 39° , avec une toux et une pharyngite et un abdomen ballonné. Il reçoit 2 millions d'unités de penicilline, mais son état ne s'améliorant pas il est transféré dans le service.

A son entrée il a un bon aspect général, il pleure mais on ne trouve ni cyanose, ni tirage. L'abdomen est ballonné et à la percussion on note une matité à droite. La numération montre une hyperleucocytose à 25 200 avec polynucléose neutrophile à 71%. La radiographie pulmonaire objective une condensation diffuse parasternale droite.

On le met sous perfusion avec de l'OXACILLINE 1 g/j et du CHLORAMPHENICOL 0,35 g/j et on lui donne per os 0,35 g de PRISTINAMYCINE.

Deux jours plus tard les radiographies pulmonaires montrent une condensation de la base droite, floconneuse, non homogène, avec une réaction scissurale. Cette image radiologique régresse dans les jours qui suivent.

Le 1/X, la numération montre une hyperleucocytose à 12 200, mais 18% de polynucléaires neutrophiles.

Le 3/X, après 9 jours, on arrête le CHLORAMPHENICOL.

Le 6/X, apparait sur la radiographie une discrète ligne bordante à droite. L'enfant n'a plus de fièvre et présente un bon état général. On arrête les perfusions le lendemain et on donne l'OXACILLINE à la même dose en intramusculaire.

Le 11/X, il ne persiste sur les radiographies qu'une discrète ligne bordante à droite, le parenchyme est redevenu normal.

A partir de ce jour la courbe de poids recommencera à croître.

Le 27/X les radiographies sont normales.

On arrête tout traitement le 14/XI/66, soit un mois et 3 semaines après l'entrée dans le service.

OBSERVATION 17

L'enfant TRU... François, né le 5/IX/66, entre dans le service le 1/X/66 venant d'une pouponnière. Dès le 22/IX il présente une mammite importante. Les jours qui suivent apparait une dyspnée, une toux avec une rhinopharyngite. A son entrée dans le service, il présente une discrète cyanose et un tachypnée. L'examen pulmonaire est normal, l'abdomen est un peu tendu sans être ballonné. L'image radiographique est normale ainsi que la numération formule sanguine. Etant donné la provenance de l'enfant et ses antécédents on le traite par perfusion de glucosé isomolaire contenant 0,50 g/j d'OXACILLINE et 0,20 g/j de CHLORAMPHENICOL.

Le 3/X il présente un oedème palpébral bilatéral et symétrique, l'abdomen devient tendu et tympanique. Les prélèvements de gorge et de selles ne montrent pas de germes pathogènes.

Le 7/X, on arrête le traitement, mais le lendemain la radiographie pulmonaire montre une opacité diffuse de la partie inférieure du champ pulmonaire gauche ainsi que du droit comprenant des images claires.

La numération formule sanguine objective une hyperleucocytose à 21 200 avec une hyperneutrophilie à 56%. On reprend le traitement par perfusion en y adjoignant de la PRISTINAMYCINE 0,25 g/j per os.

Le 13/X la radiographie montre des petites images claires, cerclées des 2 bases et la numération formule sanguine est normale.

Le 16/X l'une des images bulleuses présente un niveau liquide. On arrête les perfusions et on donne l'antibiothérapie en injection intramusculaire.

.../...

.../...

Il présente dans les jours qui suivent un muguet buccal traité par NYSTATINE L'état général de l'enfant étant bon, on arrête le CHLORAMPHENICOL et on donne l'OXACILLINE per os 0,75 g/j le 22/X.

Les images bulleuses augmentent de volume radiologiquement jusqu'au 26/X pour régresser ensuite et disparaître complètement le 14/XI, après 5 semaines d'évolution. On arrête alors tout traitement.

Dans les suites l'enfant présente une otite.

OBSERVATION 18

L'enfant LE DAN... Claudia, née le 5/IX/66, entre dans le service le 1/X/66 à l'âge de 20 jours. Dans les antécédents, on note une hérédosyphylis, qui a été traitée par 2 500 000 U. de PENICILLINE G.

Le 28/IX, on trouve une légère dyspnée, avec des selles molles et vertes.

Le 1/X, les selles sont liquides, elle a 38°4 et elle est cyanosée.

A son entrée dans le service, elle pèse 4 075 g, elle présente une dyspnée avec quelques râles sous crépitants bilatéraux prédominants à droite. L'abdomen est souple, on note du muguet buccal. L'hémogramme est normal. On la met sous traitement en perfusion d'OXACILLINE 0,50 g/j et de CHLORAMPHENICOL 0,20 g/j, ainsi que de la MIDSTINAMYCINE 0,25 g/j et de la NYSTATINE 500 000 U.

Le 3/X on trouve une matité de la base droite, le prélèvement de gorge et la coproculture sont négatifs. La numération formule sanguine montre une hyperleucocytose à 28 600 avec 63% de polynucléaires neutrophiles. La radiographie pulmonaire objective une opacité homogène comblant le cul-de-sac droit, à bord supérieur sans limite nette. On fait une ponction pleurale qui ramène un liquide trouble, contenant des staphylocoques dorés.

Le 5/X, l'opacité pulmonaire s'est étendue à tout le parenchyme, mais l'état général reste bon. Le 10/X, on note l'apparition d'images claires arrondies dans le parenchyme droit.

Le 14/X, l'enfant grossit à nouveau, elle est apyrétique. Les images bulleuses ont augmenté de volume, mais l'opacité a régressé d'intensité et on constate l'apparition d'une ligne bordante à droite.

Le 18/X, les images bulleuses régressent. La numération formule sanguine est identique à la précédente. On donne le traitement en injection intramusculaire.

Le 23/X, on reprend les perfusions en arrêtant l'OXACILLINE et en donnant de la PENICILLINE G 1 000 000 U., du CHLORAMPHENICOL 0,20 g/j et de l'ERYTHROMYCINE 0,25 g/j.

Le 31/X, l'enfant est cliniquement normale, l'hémogramme ne montre plus qu'une hyperleucocytose sans augmentation des polynucléaires neutrophiles. On arrête l'ERYTHROMYCINE. La radiographie pulmonaire ne montre plus d'image bulleuse, mais il persiste une opacification non homogène de la base droite.

Le 10/XI, les radiographies sont normales. On arrête les perfusions. Tout traitement est arrêté le 11.XII, soit après 2 mois et 10 jours d'évolution.

OBSERVATION 19

L'enfant Sylvie GUA... est née le 9/9/66. Elle est envoyée par une pouponnière. Nous ne possédons aucun renseignement sur ses antécédents. Lors de son entrée, le 7/X/66, elle a un mois, elle pèse 3 170 g, sa température est à 37°. Elle a un teint grisâtre de façon continue, un abdomen ballonné, elle tousse. L'examen thoracique n'apporte aucun renseignement. La numération formule sanguine objective une polynucléose neutrophile à 69%, avec un nombre de globules blancs à 6 600. La radiographie pulmonaire

.../...

.../...

montre des opacités non systématisées dans les 2 champs pulmonaires.
On met en route un traitement par perfusion de sérum glucosé isotonique, contenant de l'OXACILLINE 0,30 g/j et du CHLORAMPHENICOL 0,15 g/j et par intramusculaire de la DEXAMETHAZONE 1 mg et DIGITALINE 2 gouttes per os .
Le lendemain la température est à 38°4, la radiographie pulmonaire montre une opacité homogène, à bords nets, triangulaire, à base périphérique dans la partie médiane du champ pulmonaire droit, de plus, on peut voir un emphysème de la base. L'opacité du champ gauche a disparu.

Le 11/X, l'enfant a très mauvais aspect, avec un teint gris et une toux. Sa température est à 37°6. La numération formule sanguine montre une hyperleucocytose à 23 800 avec une légère polynucléose neutrophile à 49%.

Le 12/X, sur les radiographies pulmonaires on voit l'opacité du champ droit en régression et dans le champ gauche une opacité diffuse avec une image aérique arrondie, retrocardiaque. On rajoute de la PRISTINAMYCINE 0,20 g/j.

Le 17/X l'enfant présente un bon aspect, elle ne tousse plus. Sur les radiographies pulmonaires on voit des images bulleuses régresser par rapport aux dernières radiographies du 14/X.

Le 28/X, l'enfant va bien, elle grossit, la numération est redevenue normale. L'image thoracique est normale.
On arrête les perfusions et on donne l'OXACILLINE en intramusculaire, puis per os à la dose de 0,60 g/j.
On arrête définitivement tout traitement le 14/XI, soit après 1 mois et 1 semaine. L'enfant pendant cette période a pris 1330 g.

OBSERVATION 20

L'enfant Sylvie OUT..., née le 16/VII/66, sans antécédents particuliers, est envoyée par une pouponnière où elle présentait depuis un mois des épisodes de toux. Deux jours avant son entrée, elle tousse et boit de plus en plus mal. Sa température est à 38°6, elle présente un abdomen ballonné et gémit. On la met à un traitement à base de PENICILLINE G 2M, STREPTOMYCINE 0,25 g. Malgré le traitement son état s'aggrave et on décide son hospitalisation.

Le 26/X/66, à l'entrée dans le service, elle a trois mois et dix jours, sa température est à 38°4, elle tousse, ne présente ni cyanose, ni signe de déshydratation, et on trouve un ballonnement abdominal discret.
A la base droite on trouve des râles crépitants à l'auscultation et une matité à la percussion. Le pharynx est rouge, avec un écoulement purulent. Le prélèvement sera négatif. La numération montre 15 800 globules blancs, avec 71% de polynucléaires neutrophiles.
La radiographie pulmonaire montre une opacité homogène diffuse de l'hémithorax droit, prédominant à la base, avec une ligne bordante.
La ponction pleurale ramène 2 cc de liquide purulent, dans lequel on trouve des staphylocoques pathogènes.
On fait le traitement suivant : OXACILLINE 0,80 g/j, CHLORAMPHENICOL 0,25 g/j, PRISTINAMYCINE 0,30 g/j.
L'état de l'enfant s'améliore rapidement. Une semaine plus tard, le cul-de-sac droit s'opacifie et devient invisible sur la radiographie pulmonaire ; la ligne bordante droite persiste ; on remplace la PRISTINAMYCINE par de la SPIRAMYCINE 0,30 g/j.

Le 10/XI, sur la radiographie pulmonaire le cul-de-sac droit est visible; l'auscultation est normale. On arrête la perfusion et on donne les antibiotiques en injection intramusculaire.
Les numérations successives montrent une hyperleucocytose, oscillant entre 22 400 et 14 000, avec une formule normale.

Le 12/XI, la radiographie pulmonaire est normale.

.../...

OBSERVATION 21

L'enfant HAD... Lilia, née le 6/V/66, ne présente pas d'antécédents particuliers.
Le 23/XI/66, à l'âge de 6 mois et demi, on constate à la crèche une adénopathie cervicale et une tuméfaction du cuir chevelu. La numération formule sanguine montre une hyperleucocytose à 17 000 avec 60% de polynucléaires neutrophiles. Elle présente une température à 38°, pèse 6 250 g., elle est pâle, mais hormis la tuméfaction de la grosseur d'une noix, rouge, tendue de la région temporale gauche avec l'adénopathie cervicale satellite, l'examen clinique est négatif.
On pratique un prélèvement de pus qui objective un staphylocoque pathogène. La numération formule sanguine faite alors est normale et la radiographie pulmonaire montre une discrète opacité floue du sommet gauche. On institue un traitement comprenant de la PRISTINAMYCINE 0,30 g/j et de la FLABELLINE 1 g/j. L'abcès du cuir chevelu régresse et disparait. Le 2/XII on arrête le traitement. Deux jours après, la température monte à 39°4, l'enfant présente de la diarrhée et à l'auscultation on trouve des râles bronchiques dans les 2 champs pulmonaires. L'enfant est traité par de la TETRACYCLINE 0,30 g/j et de la PRISTINAMYCINE 0,30 g/j.
On pratique une coproculture le 6/XII, qui montre des colibacilles 119 B 4. Les radiographies pulmonaires objectivent une image arrondie, claire, au sein d'une opacité parasternale du sommet gauche. L'hémogramme est normal.

Le 8/XII, les tomographies faites montrent ces mêmes images claires à 4, 5, et 6 cm. Sur les données de l'antibiogramme fait antérieurement, on donne de la KANAMYCINE 300 mg/j.

Le 13/XII, l'auscultation est normale et les images radiologiques régressent. L'enfant présente une hyperleucocytose à 22 400 avec polyneutrophilie à 54%. On ajoute au traitement 0,35 g/j d'OXACILLINE en intramusculaire. L'état de l'enfant, à partir de ce moment, s'améliore. L'hémogramme redevient normal le 19/XII et la radiographie pulmonaire le 24/XII.
On arrête la KANAMYCINE le 24/XII, la PRISTINAMYCINE le 31/XII et l'OXACILLINE le 24/I/67.

OBSERVATION 22

Le 21/VI/66 arrive le petit Dominique ANG..., né le 8/III/66, âgé de 3 mois et demi, pesant 4 800 g. C'est un prématuré dont le poids de naissance était de 1 950 g.
Il nous est envoyé par une pouponnière, pour un syndrome respiratoire fébrile apparu la veille.
L'examen à l'entrée retrouve : une fièvre à 38°, un teint gris, des geignements et des signes respiratoires : une cyanose, une polypnée avec battement des ailes du nez et quelques râles bronchiques.
Il existe en outre un ballonnement abdominal. Celui-ci se traduit bien sur le cliché radiographique par la présence de nombreuses images aériques abdominales, tandis que l'on ne retrouve aucune image pulmonaire.
Il existe une hyperleucocytose à 19 000 globules blancs, avec 35% de polynucléaires neutrophiles. Le prélèvement de gorge mettra en évidence un staphylocoque pathogène.
L'enfant est mis d'emblée sous perfusion d'OXACILLINE 0,50 g/j et CHLORAMPHENICOL 0,20 g/j. Le jour de l'arrivée, ce traitement comporte, en plus, de la DEXAMETHASONE et de la DIGITALINE.
L'évolution vient confirmer le diagnostic de staphylococcie pleuro-pulmonaire, puisque deux jours plus tard, il apparaît un pneumothorax gauche complet. Il refoule le médiastin vers la droite et il existe une volumineuse hernie médiastinale antérieure, bien visible sous forme d'une clarté se projetant

.../...

.../...
sur l'ombre cardio-aortique.
Le lendemain, la persistance de la détresse respiratoire fait confier l'enfant aux chirurgiens des Enfants-Malades, pour drainage.
Après retour du poumon à la paroi, des bulles apparaissent et, au retour de l'enfant dans le service, les radiographies montrent plusieurs images bulleuses résiduelles dans le champ pulmonaire gauche. Elles disparaîtront en un mois.
L'enfant sortira en Septembre, avec un cliché pulmonaire strictement normal.

OBSERVATION 23

Le 27/X/66, Richard BEN..., âgé de 2 mois entre dans un tableau d'insuffisance respiratoire aigüe, venant d'une pouponnière. Il est né le 24/VIII/66, pèse à son entrée dans le service 4 600 g. Il a une fièvre à 39°2, son teint est grisâtre, il geint, il tousse, il est dyspnéique et cyanosé.
Mais l'auscultation pulmonaire est normale. Surtout, la radiographie de face ne montre aucune image pathologique. Il existe une faible quantité de gaz dans l'abdomen. D'ailleurs, cliniquement, on ne retrouve pas de ballonnement abdominal.
La formule blanche est un peu perturbée : 8 000 globules blancs, dont 57% de polynucléaires neutrophiles. Dans le prélèvement de gorge, on découvrira un staphylocoque pathogène.
Le jour même néanmoins, malgré le peu d'éléments en faveur du diagnostic de staphylococcie pleuro-pulmonaire, l'enfant est mis sous perfusion d'OXACILLINE 0,60 g/j et de CHLORAMPHENICOL 0,20 g/j. On y ajoute de la DEXAMETHASONE (2, puis 1 mg/j).
Le lendemain, des râles sous crépitants disséminés sont perçus dans les 2 champs pulmonaires; l'aspect de l'enfant est meilleur.
Mais, brutalement, quatre jours plus tard, survient une détresse respiratoire avec dyspnée, pâleur intense, mousse aux lèvres, et tachycardie, et le cliché d'urgence montre l'apparition d'un pneumothorax droit complet.
Le poumon droit est collabé sur le hile, surtout le lobe supérieur. Il y a une déviation du médiastin vers la gauche : l'ombre cardiaque ne déborde pratiquement plus à droite du rachis. Enfin, il existe une hernie antérieure.
L'évolution de ce pneumothorax est spontanément rapidement favorable. En une quinzaine de jours, les clichés pulmonaires redeviennent normaux, en dehors d'une petite opacité d'aspect cicatriciel. Cette opacité persistera jusqu'en Février 67, date à laquelle l'enfant quitte le service, en bon état.

OBSERVATION 24

L'enfant IGH...Abderhamane, né le 21/8/65 venant d'une pouponnière, entre dans le service le 24/II/66, âgé de 15 mois, à la suite d'un épisode de rhino-pharyngite traité par pénicilline COLISTINE.

L'enfant est calme et fatigué. L'examen pulmonaire montre une matité de la base droite en avant avec une diminution du murmure vésiculaire et des râles crépitants. Il présente une leucocytose à 8.800 avec 70% de polynucléaires neutrophiles. Sur les radiographies pulmonaires on voit, au niveau de la base droite, une opacité floue, non homogène, avec un cul-de-sad costo-diaphragmatique visible, et une ligne bordante pleurale sur le cliché de face. Sur le cliché de profil, une opacité triangulaire à base diaphragmatique à bord supérieur net, évoquant une pleurésie.
On pratique une ponction pleurale qui retire 10 cc d'un liquide louche, jaune citron, contenant de nombreux polynucléaires, mais pas de germe.

... / ...

... / ...

On traite l'enfant par injections intramusculaires d'OXACILLINE 1 g/j et de CHLORAMPHENICOL 0,50 g/j, ainsi que des polysulfamides.

Le 26/II l'état général de l'enfant s'altère. La radiographie pulmonaire montre une augmentation de volume de l'épanchement. On passe l'antibiothérapie en perfusion.

Le lendemain l'enfant est pâle, fatigué, fébrile (39°). On perçoit une matité franche de la base droite en arrière et des frottements pleuraux entendus en pleine matité, ainsi qu'un souffle pleurétique à la limite supérieure.

Dans les jours qui suivent l'état de l'enfant va en s'améliorant.

Le 3/XII l'enfant va bien, les signes cliniques diminuent, les signes radiologiques régressent, la numération formule sanguine est normale. On arrête les polysulfamides et les perfusions. On donne l'OXACILLINE et le CHLORAMPHENICOL en intramusculaire.

Le 9/XII les radiographies pulmonaires ne montrent que de petites opacités hilaires droites.

Le 12/XII on ne donne plus que de l'OXACILLINE per os. Un mois plus tard les images pulmonaires radiologiques sont normales, on arrête alors le traitement.

OBSERVATION 25

L'enfant Georges VER... est né le 11.IX.67, au terme de 8 mois et 1 semaine. Il pesait 2.750 g et n'a crié qu'au bout de 2 mn. Il était cyanosé et hypotonique.

Le 14.XI.67, âgé de 2 mois, il présente consécutivement une conjonctivite et une rhinopharyngite en pouponnière.

Le 18.XI, la température est à 39°6, il est pâle, dyspnéique et gémit. On lui donne un traitement par BENICILLINE et STREPTOMYCINE. L'état de l'enfant s'aggravant, son hospitalisation est décidée.

A l'arrivée dans le service, le 20.XI, on lui trouve une polypnée, il est pâle, un peu gris, marbré, présente ni cyanose, ni tirage, la température est à 38°8. L'auscultation pulmonaire est normale. La scopie montre un foyer opaque de la base gauche. Les radiographies pulmonaires montrent une opacité nuageuse à type d'infiltrat de la base gauche, sur le profil il existe une condensation intéressant le lobe inférieur.

La numération montre une leucopénie à 3400, avec 47% de polynucléaires neutrophiles. L'examen otorhinolaryngologique est normal.

On lui fait un traitement d'OXACILLINE (0,50 g/j) et CHLORAMPHENICOL (0,25 g/j) en perfusion, et on y adjoint ; PRISTINAMYCINE (0,40 g/j) avec PHENOBARBITAL (4 cg) per os.

Les deux jours suivants, l'examen clinique montre une polypnée plus marquée, un ballonnement abdominal et une matité de la base gauche. L'enfant présente des gémissements très fréquents le 22.XI.

Le 24.XI, la radiographie pulmonaire qui était inchangée jusque là, montre à gauche une opacité diffuse de tout le parenchyme, au sein de laquelle siègent des images aériques et une opacification dense du cul-de-sac pleuro-pulmonaire ; une ponction pleurale est pratiquée, elle ne ramène pas de liquide. Il y a une hyperleucocytose à 18.600, avec 56% de polynucléaires neutrophiles.

On lui fait en plus 2 mg de DEXAMETHASONE et de la SPIRAMYCINE (0,50 g/j)

Le 27.XI. apparaît sur les radiographies pulmonaires un pneumothorax gauche, refoulant l'ombre cardiaque vers la droite. On pratique une exsufflation à l'appareil de Kuss.

... / ...

.../...

La numération montre une hyperleucocytose à 31 000, avec 58% de polynucléaires neutrophiles.

Le 1/XII, l'état général s'aggrave brusquement. Le teint est gris, la dyspnée s'accentue, on perçoit des râles crépitants à la base droite. On lui fait 25 mg de NOVURIT que l'on renouvelle dans le courant de la nuit. On pratique de nouveau une exsufflation, à la suite de laquelle apparaît un emphysème sous-cutané interressant la totalité du tronc jusqu'aux bourses et qui remonte sur le cou dans les loges parotidiennes. On met en place un drain de Joly et le poumon revient à la paroi. On donne 2 g d'OXACILLINE et KANAMYCINE 0,60 g/j en perfusion et 80 ml de sang frais avec 3 ml de gamma globulines.

Le 3/XII, on intube l'enfant pour supprimer l'obstacle glottique.

Le 5/XII, la température redevient normale. Sur les radiographies pulmonaires le pneumothorax a tendance à se reproduire. Les tentatives faites pour évacuer l'emphysème sous-cutané se soldent par un échec.
Les jours suivants l'état est stationnaire.

Le 14/XII, il y a une amélioration clinique et radiologique, ce qui permet d'extuber et d'enlever le drain de Joly. La radiographie montre de volumineuses bulles, interressant le lobe inférieur gauche.

Le 19/XII, la numération montre 10 600 globules blancs, avec 49% de polynucléaires neutrophiles. Le traitement est ramené à 0,50 g d'OXACILLINE et 0,425 g de PRISTINAMYCINE.

Le 6/I/68 l'image radiologique est normale et le traitement est arrêté le 9/I. La numération formule sanguine redevient normale le 26/I.

OBSERVATION 26

L'enfant WEH... Nathalie, née le 13/VI/67, est hospitalisée le 29/XII, venant d'une pouponnière, à l'âge de 6 mois, pesant 7 600 g, pour une fièvre à 40° avec une dyspnée importante et des râles bronchiques disséminés.
Lors de son entrée, on trouve une polypnée, avec un léger battement des ailes du nez, sans tirage ni cyanose, ni toux. A la percussion pulmonaire on note une matité de la base droite. On pratique une radioscopie pulmonaire qui montre une opacification diffuse hilaire droite non systématisée.

Le 30/XII, l'enfant accuse une chute de poids de 175 g. Elle présente une hyperleucocytose à 25 000 avec 69% de polynucléaires neutrophiles. Sur la radiographie pulmonaire on voit une opacité à bord flou, hilaire droite et une opacification de la grande scissure droite.
Le traitement par OXACILLINE 750 mg/j et DEXAMETHASONE 1 mg/j institué le 29/XII est arrêté le 30/XII pour être remplacé par de la COLISTINE 1000 000U. de la PENICILLINE 1 000 000 U. et de la PREDNISONE 2,5 mg.

Le 2/I, la radiographie montre une petite ligne bordante pleurale à droite qui, avec l'hémogramme, confirme une infection à pyogènes.
On arrête le traitement précédent et on donne en perfusion de l'OXACILLINE 750 mg/j, de la COLISTINE 750 000 U./j et du CHLORAMPHENICOL 300 mg/j, à quoi on adjoint per os de la PRISTINAMYCINE 500 mg/j.
L'épanchement pleural étant très minime on ne fait pas de ponction.

Le 5/I, l'opacité pleurale décolle le lobe inférieur de la paroi, le cul-de-sac costodiaphragmatique droit est comblé. On arrête la COLISTINE.

Le 8/I, apparaissent sur les radiographies pulmonaires 3 images aériques en plein parenchyme de la base droite. On augmente la posologie de l'OXACILLINE 1 g et du CHLORAMPHENICOL 350 mg.

Le 11/I l'enfant redevient apyrétique.

Le 17/I, l'hémogramme est normal. Sur les radiographies pulmonaires l'épanchement a disparu, mais les images aériques ont augmenté de volume.

.../...

Le 20/I on arrête les perfusions et le CHLORAMPHENICOL, on donne de l'OXACILLINE 1,25 g. et de la PRISTINAMYCINE 800 mg/j I.M. Les images aériques régressent à partir de ce jour.

Le 8/II on donne l'OXACILLINE 700 mg. comme seul traitement.

Le 26/II on arrête tout traitement. L'enfant pèse alors 8.500 g.

La radiographie pulmonaire redevient normale le 2/IV, soit 4 mois 1/2 après le début de l'affection.

OBSERVATION 27

L'enfant Philippe DER..., né le 15 Septembre 1967, présente, alors qu'il se trouve en maison maternelle, une diarrhée traitée, du 22/IX au 9/X par de la POLYMYXINE.

Le 28/XI la température monte à 39°. Il présente une dyspnée avec une respiration sifflante, des râles bronchiques diffus, une submatité de l'hémithorax droit et un ballonnement abdominal. Il est alors traité par une association PENICILLINE 2.000.000 U. et STREPTOMYCINE.

Il entre dans le service le 30/IX, avec une température à 37°, un poids de 4.300 g, une dyspnée importante, un battement des ailes du nez, des râles bronchiques disséminés ; à la percussion on trouve une submatité de l'hémithorax droit ; l'abdomen est ballonné ; la radiographie pulmonaire faite à l'arrivée montre un pneumothorax droit, refoulant le poumon vers le hile de la 4ème côte et décollant à la base. Sa numération formule sanguine objective 14.200 globules blancs avec 77 % de polynucléaires neutrophiles. Il est mis à un traitement en perfusion d'OXACILLINE 0,50 g et de CHLORAMPHENICOL 0,25 g et per os PRISTINAMYCINE 0,40 g/j.

Le 2/XII, l'enfant présente une dyspnée intense. On fait une radioscopie qui montre l'extension du pneumothorax droit, avec une respiration paradoxale diaphragmatique. On fait une exsufflation, mais elle ne soulage pas l'enfant qui est alors transféré aux Enfants Malades.

On pose en drain de 18 avec l'aide d'un trocard qui ramène du pus et de l'air en quantité importante. On le perfuse : (ERYTHROMYCINE) et (FLABELLINE) A la radiographie, le médiastin est un peu incliné à gauche ; jusqu'au 23/XII l'évolution a été marquée par l'apparition et la régression de nombreuses bulles parenchymateuses, mais le pneumothorax ne s'est pas reproduit.

Il revient dans le service le 23/XII, en bon état général, la plupart des signes radiologiques, cliniques et biologiques a disparu. Il ne persiste plus le 26/XII qu'une petite opacité de la base droite, avec, en son sein, une image plus claire arrondie et une ligne bordante droite ; en plus sur le profil on voit une densification de la scissure inférieure droite. Il pèse alors 4.050g. On donne le traitement per os : OXACILLINE 1g et (PRISTINAMYCINE) 0,30g.

Le 9/I il ne persiste plus qu'une légère ligne bordante à droite. On arrête le traitement le 19/I ; il pèse 4.800g

---

OBSERVATION 28

L'enfant MER... Isabelle, née le 28/X/67, venant d'une pouponnière, entre dans le service le 31/I/68 à l'âge de 3 mois pour une pyrexie à 40° et une toux. A l'entrée elle pèse 5.575g, mais sa température est à 38°7 et elle tousse. Elle présente un bon état général et aucun signe de déshydratation. La percussion est normale. On note à l'auscultation la présence de râles sous crépitants à droite. La radiographie pulmonaire montre l'existence d'un épanchement pleural gauche comblant le cul de sac costo-diaphragmatique, et une ligne bordante.

On note une opacification de la trame pulmonaire gauche, avec en son sein, et au niveau de la base, 2 images claires et arrondies. La numération formule sanguine objective une hyperleucocytose à 24.400 avec 55 % de polynucléaires neutrophiles.

On traite par perfusions, d'OXACILLINE 0,75g/j et CHLORAMPHENICOL 0,25g/j à quoi on adjoint de la PRISTINAMYCINE 0,50 g/j.

Le 2/II on voit sur les radiographies pulmonaires une opacification de tout le champ pulmonaire gauche.

Le 5/2 l'opacité parenchymateuse s'éclaircit laissant l'image de l'épanchement dense à la périphérie. On note l'apparition d'une image arrondie claire retrocardiaque.

Le 9/II les radiographies pulmonaires montrent une très nette régression de la pleurésie. La numération formule sanguine est normale.

Le 15/II il ne persiste plus sur les clichés pulmonaires que l'image aérique finement cerclée qui augmente de volume.

Le 17/II on arrête les perfusions et on donne de l'OXACILLINE 1g/j en injection intramusculaire.

Le 20/II l'image radiographique est stationnaire.

Le 21/III on arrête le traitement, après 1 mois et 20 jours d'évolution. L'image bulleuse disparait le 16/IV/68, 3 mois et demi après le début de la maladie.

OBSERVATION 29

L'enfant JAK... Isabelle est née à terme le 12/XII/67 à la suite d'un accouchement normal, avec un poids de 4.385 g. Elle entre dans une pouponnière le 8/II/68 et présente 10 jours plus tard une toux , des tympans rosés. Elle reçoit pour cela de la TETRACYCLINE pendant 1 semaine.

Le 3/III, la température monte à 39°6 avec agitation, son teint est pâle. On la traite par de la PENICILLINE G et de la COLISTINE. On renouvelle la paracentèse le 5/III et on note une diminution de la sonorité pulmonaire à droite avec une dyspnée.

Elle entre dans le service le 7/III, pesant 5.400g, avec un mauvais état général et une dyspnée. La numération formule sanguine montre 24.000 globules blancs et 74 % de polynucléaires neutrophiles.

Sur les radiographies pulmonaires on voit, sur le cliché de face, une opacité prédominante en périphérie de tout le champ pulmonaire droit et sur le profil droit, une image de scissurite, avec une opacification homogène hilaire. Il s'agit d'un épanchement pleural. On fait une ponction pleurale qui ramène du pul à polynucléaires, mais les recherches de germes sont négatives.

On traite en perfusion par de l'OXACILLINE 0,50 g/j et du CHLORAMPHENICOL 0,25 g/j, à quoi on adjoint de la PRISTINAMYCINE 0,75 g/j per os.

Le 11/III sa température est à 38°6, les radiographies pulmonaires montrent un éclaircissement du parenchyme, avec un foyer central et un épanchement remontant jusqu'à l'apex.

Le 18/III la pleurésie est en régression sur les radiographies, avec apparition d'une image bulleuse de la base droite. La numération formule sanguine est normale.

Le 25/III L'image radiologique bulleuse droite augmente de volume.

Le 29/III on arrête les perfusions et on donne l'OXACILLINE 1g/j et le CHLORAMPHENICOL 0,40 g/j en intramusculaire.

Le 6/IV, sans changement de l'examen clinique, la numération formule sanguine se perturbe à nouveau, avec 14.800 globules blancs et 56 % de polynucléaires neutrophiles.

On arrête le CHLORAMPHENICOL et on le remplace par de la CEPOREXINE 250mg/j en intramusculaire.

Le 8/IV la pleurésie a complètement disparu et l'image bulleuse est en très nette régression.

Le 13/IV l'image radiologique mulmonaire est normale. On arrête la CEPOREXINE, et on donne l'OXACILLINE per os. On arrête définitivement le traitement le 21/IV.

Il persiste toujours une image de scissurite droite le 2/V/68.

OBSERVATION 30

L'enfant PRO... Pascal, né le 18/XII/67, présente en pouponnière le 6/III à l'âge de 3 mois 20 jours, une toux et une respiration sifflante. Le lendemain l'enfant est dyspnéique, avec cyanose et il présente un abdomen ballonné.

Le 8/III il est transféré à l'hôpital avec une température à 38°7, il a le teint gris et il est très abattu.

Il présente une matité de tout l'hémithorax droit en arrière, l'auscultation est normale. On note un abdomen tendu et météorisé.

La numération formule sanguine montre en plus d'une discrète anémie à 3.290.000, une hyperleucocytose à 24.000 avec 81 % de polynucléaires neutrophiles.

Sur les radiographies pulmonaires, on voit une opacité de la base droite au niveau du cul-de-sac costodiaphragmatique, à bord supérieur mal limité, ainsi qu'une accentuation de la trame bronchovasculaire. On pratique un prélèvement de gorge et une coproculture qui n'apportent pas de renseignemnt. De plus, on fait une ponction pleurale qui ramène 30 cc de liquide hémopurulent et qui contient des staphylocoques pathogènes.

On institue un traitement en perfusion avec de l'OXACILLINE 0,70 g et du CHLORAMPHENICOL 0,40 g/j avec de la PRISTINAMYCINE 0,50 g/j per os. Le lendemain on y adjoint 2 mg de DEXAMETHASONE.

Le 10/III, l'état général s'altère, avec une dyspnée, des geignements, un teint grisâtre et une hepatomégalie. On ajoute 2 gouttes de DIGITALINE.

Le 11/III, la radiographie pulmonaire montre un épanchement gazeux et liquidien, une rétraction du poumon au hile et une déviation médiastinale à gauche.

On le transfère aux Enfants-Malades, service de chirurgie, où on lui pose un drain.

L'enfant revient dans le service au bout de 25 jours, le 4/IV avec un poumon à la paroi, mais avec des opacités pleurales persistantes. Il n'a plus de traitement. Le 10/V, la radiographie pulmonaire redevient normale, soit après 2 mois et demi d'évolution.

OBSERVATION 31

Le 1/IV/68, une pouponnière envoie dans le service Farid BOU..., né le 20/I/68. Il a 2 mois et demi et pèse 5 800 g.

La veille il a eu un clocher fébrile à 40°1, et ce jour il tousse, geint, le faciès est pâle, grisâtre. Il arrive à l'hopital Léon Bernard dans un état fébrile (39°6) et d'insuffisance respiratoire : polypnée, tirage, battements des ailes du nez, mousse aux lèvres, avec des râles bronchiques diffus.

L'enfant a en outre une rhinite purulente, et, surtout, son abdomen est ballonné.

L'image thoracique initiale est normale. Le météorisme abdominal se traduit par de nombreuses images aériques.

La numération formule sanguine montre une hyperleucocytose franche : 29 000

.../...

globules blancs avec une polynucléose neutrophile à 81%. L'analyse du prélèvement de gorge ne retrouve qu'une flore banale.
L'enfant est immédiatement perfusé avec OXACILLINE 0,75 g/j et CHLORAMPHENICOL 0,30 g/j. On associe PRISTINAMYCINE 0,40 g/j per os. Et de plus, 1 mg de DEXAMETHASONE.

Dans la nuit du 3 au 4/IV,- alors que les troubles avaient régressé -, un état polypnéique réapparaît, avec mousse aux lèvres et diminution du murmure vésiculaire à la base gauche. La dyspnée cède partiellement sous l'effet de la DEXAMETHASONE.

Mais le 5/IV/68, il s'installe une détresse respiratoire manifeste, avec battements des ailes du nez et cyanose. A l'auscultation, les bruits du coeur sont franchement déviés à droite. La radiographie pulmonaire montre un pneumothorax complet gauche. Ce pneumothorax entraîne un considérable déplacement du médiastin, au point que l'ombre cardiaque siège entièrement dans l'hémithorax droit. Il existe une hernie médiastinale antérieure ; enfin, le cul-de-sac costo-diaphragmatique gauche est comblé : il serait donc plus précis de parler d'épanchement mixte.
Quoiqu'il en soit, la détresse respiratoire fait adresser d'urgence le nourrisson aux Enfants-Malades pour drainage. Durant son séjour aux Enfants-Malades et après l'ablation du drain, les clichés thoraciques découvrent une discrète réaction pleurale, ainsi que l'existence de 2 bulles sus-diaphragmatiques gauches. Ces bulles auront disparu lorsque l'enfant reviendra dans le service le 4/V.
Il guérira complètement sans aucune séquelle.

OBSERVATION 32

L'enfant LAT... Faysa est née le 4/II/68. Elle n'a pas crié immédiatement et a nécessité 3 minutes de réanimation. Elle pesait 2 800 g.
Elle entre dans le service, venant d'une pouponnière, le 23/IV, à l'âge de 2 mois et 20 jours, pesant 4 360 g, pour une fièvre à 39°5, de la toux et une obstruction nasale. Elle présente des geignements, une polyurie, une polypnée, un battement des ailes du nez et un abdomen ballonné. L'auscultation pulmonaire n'apporte aucun renseignement. La radiographie pulmonaire montre un foyer de condensation homogène de la base droite, triangulaire, à base diaphragmatique.
L' hémogramme objective une hyperleucocytose à 21 000 avec une polynucléose neutrophile à 71%.
On institue un traitement par perfusion contenant 0,50 g/j d'OXACILLINE et 0,20 g/j de CHLORAMPHENICOL, à quoi on adjoint 0,50 g/j de PRISTINAMYCINE et 3 cg. de PHENOBARBITAL.

Le 27/IV, l'état général de l'enfant est bon. La radiographie pulmonaire montre au centre de l'opacité une image claire arrondie. A la numération il persiste une polyneutrophilie à 50% qui disparaîtra 3 jours plus tard.
L'image aérique devient caractéristique, cerclée d'un fin liseré opaque en 5 jours. Elle s'accompagne d'une opacification de la grande scissure.

Le 2/V, on arrête les perfusions et on donne l'OXACILLINE 0,75 g/j et le CHLORAMPHENICOL 0,30 g/j en injection intramusculaire.

Le 7/V, seule l'image aérique persiste avec un volume stationnaire. On arrête le CHLORAMPHENICOL.
On reprend les perfusions d'OXACILLINE le 14/V à la suite d'une poussée fébrile à 38°3 sans signe clinique, ni modification radiologique chez l'enfant.

Le 19/V, on arrête les perfusions et on donne l'OXACILLINE en intramusculaire, alors que l'image radiologique régresse.

.../...

.../...

Le 4/VI, l'image radiologique pulmonaire est normale.
On arrête tout traitement, soit après 1 mois et 10 jours d'évolution.

OBSERVATION 33

L'enfant Farid ZEB..., née le 26/XII/67, entre dans le service le 30/IV/68, venant d'une pouponnière. Depuis le 21/IV/68, elle tousse et a une gorge rouge, avec une pyrexie à 38°5, traitée par de la Propionyl-erythromycine 250 mg., puis Penicilline-colistine.
Lors de son entrée, elle a une température à 38°5, elle pèse 5 850 g, pour 4 mois. Elle se plaint par intermittence, elle n'est ni deshydratée, ni dyspnéique. L'examen pulmonaire et abdominal est normal. La radiographie pulmonaire révèle une opacité homogène à convexité externe du lobe supérieur gauche. La numération montre une hyperleucocytose : 27 000 globules blancs et 64% de polynucléaires neutrophiles. On traite par de l'OXACILLINE 0,75 g/j et du CHLORAMPHENICOL 0,30 g/j en perfusion. On y ajoute de la PRISTINAMYCINE 0,375 g/j per os.

Dans les jours qui suivent, l'opacité augmente de volume pour ne laisser libre que le cul-de-sac pleuro-pulmonaire gauche et une partie du lobe inférieur gauche. En plus, on voit une ligne scissurale sur les clichés de profil.

Le 6/V/68, au sein de l'opacité du lobe supérieur gauche qui est en voie de régression, apparaît une image aérique bilobée. La numération formule sanguine se normalise.
L'image bulleuse finement cerclée, double de volume, avec à l'intérieur de fines opacités polycicliques occupant la quasi totalité du lobe supérieur gauche. Par ailleurs, le reste du parenchyme pulmonaire est normal.

Le 17/V, on modifie le traitement en remplaçant l'OXACILLINE par de la CEPHALORIDINE 0,75 g/j.
Les images radiographiques restant stationnaires, le 22/V les perfusions sont arrêtées. On continue la CEPHALORIDINE 1 g/j et le CHLORAMPHENICOL 0,50 g/j, ce dernier sera supprimé le 4/VI et le reste du traitement antibiotique le 16/VI.
L'image bulleuse régresse et disparaît complètement sans séquelles le 24/VI.

OBSERVATION 34

L'enfant AGR... Mohamed, né le 14/IX/68, entre dans le service le 10/XI/68 venant d'une pouponnière. A partir du 29/X, il présente une pharyngite, qui est traitée par de l'ERYTHROMYCINE 250 mg, de la PENICILLINE en intramusculaire et de la COLISTINE : la température reste à 40°.
Le 7/XI apparaît de la toux, accompagnée de cyanose.
A l'entrée dans le service, l'enfant n'est pas dyspnéique, il a un abdomen souple et on entend à l'auscultation de nombreux râles bronchiques dans les 2 champs pulmonaires. Mais quelques heures plus tard, son état général s'aggrave avec un état asphyxique, dyspnée, cyanose diffuse, des cris incessants, un tirage sus et sous sternal, mais il ne présente pas de battements des ailes du nez. On lui trouve une hypertonie diffuse et un abdomen ballonné.
La radiographie pulmonaire montre une opacité des 2 champs et une image claire finement cerclée parahilaire droite.
On le met sous traitement par perfusion d'OXACILLINE 0,50 g/j et de CHLORAMPHENICOL 0,25 g/j, à quoi on ajoute dans la journée de la DEXAMETHASONE 2 mg et de la PRISTINAMYCINE 0,25 g/j.
L'état général s'améliore nettement dans les heures qui suivent, mais il persiste une dyspnée avec un battement des ailes du nez.

Le 13/XI, on entend une matité de la base gauche, la température est à

.../...

.../...

38°. Sur les radiographies pulmonaires on voit une opacité diffuse du parenchyme gauche avec un épanchement qui le décolle sur toute sa hauteur. On pratique une ponction pleurale; dans le liquide retiré on ne trouve pas de germes. La numération formule sanguine montre une leucocytose à 13 000, avec 36% de polynucléaires neutrophiles.

Le 15/XI, la radiographie pulmonaire objective une diminution de l'opacité parenchymateuse, avec une régression de l'épanchement et au sein de cette opacité des images claires arrondies.

Le 18/XI, on note à la numération formule sanguine 17 400 globules blancs et 42% de polynucléaires neutrophiles, ainsi qu'une augmentation de volume des images bulleuses sur les radiographies pulmonaires. On arrête la DEXAMETHASONE.

Le 25/XI, les images bulleuses régressent ainsi que la scissurite.

Le 29/XI, apparaît à la radiographie une opacité diffuse du sommet droit qui disparaît le lendemain.

Le 3/XII, le parenchyme pulmonaire gauche présente à la radiographie une discrète opacité diffuse et les images bulleuses ont considérablement régressé; on remplace le CHLORAMPHENICOL par de la GENTAMYCINE 10 mg/j et on arrête les perfusions.

Le 6/XII, la numération formule sanguine est redevenue normale.

Le 9/XII, la GENTAMYCINE est arrêtée.

Le 17/XII, l'enfant va bien et ne reçoit plus aucun traitement.

Le 24/XII, après 1 mois et demi d'évolution les radiographies pulmonaires sont normales.

OBSERVATION 35

L'enfant MEN... Nathalie, née le 8/VII/68, entre dans le service le 19/III/69, à l'âge de 8 mois, pour diarrhée depuis le 17/III.

Lors de son entrée l'enfant est pâle, fatiguée, hypotonique, sans signes de déshydratation, avec une température à 37°5. L'abdomen est souple, le foie déborde de un travers de doigt sous le rebord costal, l'auscultation pulmonaire n'apporte aucun renseignement.

La numération formule sanguine montre une leucocytose à 11 200 avec 45% de polynucléaires neutrophiles. Sur les radiographies pulmonaires on voit une opacité diffuse du lobe supérieur droit, avec une réaction scissurale. La coproculture est négative.

On institue un traitement en injection intramusculaire d'OXACILLINE 0,70 g/j et de COLISTINE 500 000 U. et la même dose de cette dernière per os.

Le lendemain, on passe en plus en perfusion CEPHALORIDINE 0,40 g/j et KANAMYCINE 0,30 g/j.

Le 21/III, la radiographie pulmonaire n'a pas évolué, la température est à 38°6. La numération formule sanguine montre une hyperleucocytose à 22 400 avec une polynucléose neutrophile à 53%.

On change alors de traitement, pour donner en perfusion de l'OXACILLINE 1 g/j, du CHLORAMPHENICOL 0,35 g/j et per os de la PRISTINAMYCINE 0,75 g/j et de la COLISTINE 500 000 U./j.

Le 22/III, les signes cliniques n'ont pas changé, les signes hématologiques sont plus marqués, avec une leucocytose à 36 600. Sur les radiographies pulmonaires apparaissent des petites images claires arrondies du sommet droit. D'autre part on note que la mère présente une acné surinfectée par des staphylocoques.

Le 25/III, l'état général de l'enfant s'améliore, sa température est à 37°5 et on constate la présence d'images bulleuses du sommet droit.

La numération formule sanguine est normale. Les images radiologiques aériques

.../...

.../...

augmentent de volume jusqu'au 31/III, puis diminuent progressivement par la suite.

Le 4/V, l'enfant présente un muguet buccal, on ajoute 6 mesures de NYSTATINE.

Le 10/V, les radiographies sont normales.

Le 14/V, l'enfant présente une otite à pyocyaniques. On arrête les perfusions le 20/V et l'on donne le traitement en intramusculaire jusqu'au 28/V.

OBSERVATION 36

L'enfant DES... Pascal, né le 12/VI/69, présente le 13/IX/69 en poupponnière, à l'âge de 3 mois, une otite et une diarrhée à colibacille III B 14, traitée par penicilline G colimycine et dans les suites par ABIOCINE, COLISTINE, et KANAMYCINE.

Le 24/IX il entre dans le service, pesant 6 500g, avec une fièvre à 38°5. Il présente une gêne respiratoire, avec pâleur, dyspnée et battement des ailes du nez; on ne note pas de ballonnement. On trouve une matité de la base droite. La numération formule sanguine objective une hyperleucocytose avec 60% de polynucléaires neutrophiles. La radiographie pulmonaire montre, à droite, une opacification de la grande scissure, une ligne bordante et un comblement du cul-de-sac. On pratique une ponction pleurale qui ne ramène rien.

On traite par KANAMYCINE 75 mg/j, CEPHALORIDINE 50 mg/j en perfusion et PRISTINAMYCINE 0,30 g/j per os.

Le lendemain, l'état général de l'enfant s'est nettement amélioré, il présente une température à 38° le soir, les radiographies pulmonaires montrent un épanchement pleural, décollant tout le parenchyme pulmonaire.

Le 29/IX, la température est à 38°2, cliniquement on trouve une matité franche à droite, sans modification des bruits. La radiographie montre une augmentation de l'épanchement. On refait une ponction pleurale qui est à nouveau blanche. La numération formule sanguine est stationnaire.

Le 2/X, la courbe de poids redevient croissante, on constate sur les radiographies pulmonaires, au niveau de la base droite, l'apparition d'une image arrondie, opaque, avec en son sein une petite clarté nodulaire. On arrête les perfusions et on passe en intramusculaire.

Le 3/X, la numération formule sanguine est normale, on arrête la KANAMYCINE et le PHENOBARBITAL.

Le 6/X, la radiographie pulmonaire montre une disparition de l'épanchement avec persistance d'une image bulleuse et de la ligne bordante qui disparaît sur les clichés du lendemain.

A partir de ce jour, l'image radiologique va régresser pour redevenir normale le 22/X, soit après 1 mois de traitement. On arrête la CEPHALORIDINE le 28/10 et la PRISTINAMYCINE le 6/XI.

OBSERVATION 37

L'enfant DUC... Alain est né le 9/II/69 et entre dans le service le 15/III/70. Il a 4 mois et vient d'une pouponnière pour une fièvre à 39° depuis 4 jours. Il ne présente aucun antécédent notable.

A son entrée, il pèse 6 025 g. On trouve des râles bronchiques à l'auscultation pulmonaire et on note une toux.

Les examens complémentaires montrent une hyperleucocytose à 27 000, avec 58% de polynucléaires neutrophiles et une opacité parahilaire droite avec une augmentation de la densité du parenchyme de la base gauche et une réaction scissurale gauche.

On traite par AMPICILLINE 0,750 g et du PHENOBARBITAL 40mg en intramusculaire.

Le 30/III, sur les radiographies pulmonaires on voit à gauche un épanchement

.../...

.../...

sur toute la hauteur du thorax et une condensation de la base. On donne le lendemain un traitement en perfusion d'OXACILLINE 0,75 g/j et de CHLORAMPHENICOL 0,40 g/j, de la GENTAMYCINE et de la PRISTINAMYCINE 1 g per os, on arrête l'AMPICILLINE.

Le 4/IV, les radiographies pulmonaires montrent une diminution de l'opacité de la base gauche, le cul-de-sac costodiaphragmatique est comblé et il existe une ligne bordante.

Le 10/IV, on arrête la GENTAMYCINE et les perfusions.

Le 13/IV, l'image radiologique est normale.

On arrête tout traitement le 30/IV.

OBSERVATION 38

L'enfant GAU... Laurent, né le 13/VIII/67, entre le 26/III/70 dans le service pour une température à 38°2 depuis 3 jours, avec un catharre oculo-nasal et une éruption maculeuse à type morbiliforme.

Lors de son entrée il présente une température à 40°, il pèse 11 400 g, pour une taille de 87 cm, il a eu une perte de 1 kg en 10 jours. On porte le diagnostic de la rougeole.

La radiographie pulmonaire montre une opacité diffuse de la base gauche. La numération formule sanguine objective une hyperleucocytose à 25 400 avec 72% de polynucléaires neutrophiles.

On donne de la PRISTINAMYCINE 1 g/j, de la CEPHALORIDINE 1,25 g/j et de la KANAMYCINE 100 mg, on y adjoint 5 cg de PHENOBARBITAL per os.

Le 28/III, alors que la température est toujours à 40°, la radiographie pulmonaire montre à gauche, une opacification diffuse du parenchyme et un épanchement pleural décollant le poumon sur toute sa hauteur.

Le 31/III, l'état général s'aggrave. On constate sur la radiographie une augmentation de volume de la pleurésie, qui ne laisse libre que l'apex. On pratique une ponction pleurale qui ramène un liquide purulent, contenant des staphylocoques pathogènes sensibles in vitro à l'OXACILLINE

Le 1/IV, des radiographies pulmonaires montrent un pyopneumothorax où le niveau liquide est à demi hauteur avec atelectasie pulmonaire. On arrête la CEPHALORIDINE , pour mettre l'enfant à 1,25 g d'OXACILLINE.

Le 3/IV et le 6/IV l'état de l'enfant et les radiographies pulmonaires demeurent inchangés. On le transfère à l'hopital des Enfants Malades.

Il revient dans le service le 28/IV. La radiographie montre une ligne bordante sur toute la hauteur pulmonaire, la numération formule sanguine est normale. Le traitement est arrêté.

OBSERVATION 39

L' enfant IRA... Patricia est née le 2/VIII/68, pesant 3 140 g.

Le 9/V/70 pesant 11 800 g à 20 mois, elle entre dans le service. On note des otites suppurées dans les antécédents. Elle est adressée pour une pyrexie à 39° et des vomissements. A part la température, une asthénie, une polypnée, l'examen clinique ne montre pas de signe cardio-pulmonaire.

On trouve à la numération formule sanguine 27 200 globules blancs et 78% de polynucléaires neutrophiles. A l'examen radioscopique, on voit une opacité précordiale. On la met à l'AMPICILLINE 1 g.

Le 11/V, la température est normale le matin, mais elle s'élève à 39° le soir. L'examen clinique est normal. La radiographie pulmonaire montre une opacité de la base gauche sur 5 espaces intercostaux avec une ligne bordante. On modifie le traitement et on donne de l'OXACILLINE 1 g/j et du CHLORAMPHENICOL 0,60 g/j en injection intramusculaire.

.../...

.../...

Le lendemain on note une matité de la base gauche et sur les clichés radiographiques l'augmentation de volume de l'opacité.

Le 13/V le cul-de-sac costodiaphragmatique redevient visible.

Le 14/V l'enfant présente toujours une température à 38° le matin et à 40° le soir. On note cliniquement une matité à gauche et une abolition du murmure vésiculaire. La numération formule sanguine est normale.
On modifie le traitement et on donne de la KANAMYCINE 125 mg/j, de la CEPHALORIDINE 1g/j et de la PRISTINAMYCINE 1 g/j.

Le 15/V la radiographie pulmonaire montre une systèmatisation de l'opacité au lobe antérieur moyen.

Le 19/V apparaît sur les radiographies pulmonaires une image claire, arrondie, au sein de l'opacité.

Le 22/V l'examen clinique montre une réapparition du murmure vésiculaire avec quelques râles sous crépitants. Sur les radiographies, l'opacité pulmonaire s'estompe.

Le 25/V on constate sur les radiographies que l'opacité n'a plus ses limites nettes et la présence d'une scissurite gauche. On arrête la KANAMYCINE.

Le 4/VI la radiographie pulmonaire est normale, après 27 jours d'évolution. On arrête le traitement. La radiographie de contrôle faite une semaine plus tard est normale.

OBSERVATION 40

L'enfant LEN... Sylvie, née le 2/II/70, entre dans le service le 24/I/71., à l'âge de 2 mois 22 jours, venant d'une pouponnière, pour une température à 40° avec dyspnée, cyanose et un abdomen tendu. Elle a déjà reçu de la PENICILLINE et de la COLISTINE.
Lors de son entrée, la température est à 38°4, elle pèse 8 750 g. On fait une ponction lombaire qui montre une albumine à 0,50 g/l et 17 éléments/mm^3. On la met sous OXACILLINE 0,875 g/j et de la COLISTINE 875 000 U/j en intramusculaire.
Le lendemain l'état général de l'enfant s'altère. Elle est apathique, se cyanose dès le retrait de l'oxygène, présente une polypnée sans battement des ailes du nez, de la toux, à la percussion il existe une petite matité du sommet droit. La radiographie pulmonaire montre une opacité diffuse homogène de tout le lobe supérieur droit. Sur la numération formule sanguine on voit une hyperleucocytose à 38 500 et une polynucléose neutrophile à 45%. On donne de la CEPHALORIDINE 0,40 g/j et de la KANAMYCINE 50 mg/j en intramusculaire.

Le 26/I on note la présence d'une bulle au sein de l'opacité. On adjoint de la PRISTINAMYCINE 375 mg per os.

Le 30/I l'état général de l'enfant s'améliore. Sur les radiographies pulmonaires l'image aérique est identique. On trouve à la coproculture un colibacille III B 4 que l'on traite par de la GENTAMYCINE 300 mg per os.

Le 5/II sur les radiographies pulmonaires l'opacité s'estompe et l'image aérique grossit. L'hémogramme montre une leucocytose à 12 400 avec une polynucléose neutrophile à 33%. On arrête la KANAMYCINE et on donne du CHLORAMPHENICOL 0,20 g/j.

Le 8/II sur les radiographies pulmonaires l'opacité a complètement disparu, mais l'image aérique est en augmentation de volume. On arrête la PRISTINAMYCINE ce jour, le CHLORAMPHENICOL le 10/II et la GENTAMYCINE le 12/II.

Le 15/II l'image aérique réaugmente de volume, on remet l'enfant à la CEPHALORIDINE en intramusculaire 0,40 g/j.
On arrête tout traitement le 28/II. La radiographie pulmonaire redevient normale le 12/III/71.

N° dossier	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Année	1964	1965	1965	1965	1965	1965	1965	1965	1965	1965
Sexe	M	F	F	F	M	M	M	M	F	F
Origine	?	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Age début	120j	150j	100j	150j	60j	45j	80j	78j	180j	105j
Porte entrée	+	+	0	0	0	+	0	+	0	+
Fièvre	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
T.dig.	+	+	+	+	0		+	+	0	+
S.F.resp.	0	0	+	+	+	+	+	+	+	+
S.P.resp.	0	0	+	+	+	+	+	+	0	+
Ballonnement	0	0	+	+	+	+	+	0	0	0
Localisation	U	U	U	U	U	B	B	U	U	U
Bulles	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0
Pleurésie	+	+	0	+	+	+	0	+	0	+
Pneumothorax	0	0	0	+	+	+	0	0	+	0
Dev.médiast.	+	0	0	+	0	0	+	0	+	0
Antibio.	chlo coli	oxa tetr virg	oxa chlo pris	oxa chlo virg	oxa virg flab	oxa eryt poni pris flab	oxa coli nyst tetr chlo	oxa coli nyst chlo	oxa chlo	oxa chlo pris
Chirurgie	+	0	0	0	0	0	0	0	+	0
Evolution	G	G	G	G	G	G	DC	G	G	G
Durée	80j	80j	50j	33j	67j	45j	126j	120j	45j	37j

LEGENDE

oxa = oxacilline — coli = colistine — nyst = nystatine
tetr = tetracycline — chlo = chloramphenicol — pris = pristinamycine
fla = flabelline — eryt = erythromycine

Origine : P = pouponnière
D = domicile

N° dossier	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Année	1965	1965	1966	1966	1966	1966	1966	1966	1966	1966
Sexe	M	F	F	M	F	M	M	F	F	F
Origine	P	P	P	P	P	D	P	P	P	P
Age début	60j	45j	120j	150j	64j	122j	27j	25j	30j	100j
Porte entrée	+	+	+	0	0	+	+	+	0	0
Fièvre	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
T.dig.	+	0	+	0	0	0	0	+	0	
S.F.resp.	+	+	+	+	0	+	+	+	+	+
S.P.resp.	+	+	+	+	0	+	+	+	+	+
Ballonnement	0	0	+	+	+	+	±	0	+	+
Localisation	U	U	U	U	U	U	B	U	B	U
Bulles	+	0	+	0	0	0	+	+	+	0
Pleurésie	0	0	+	0	0	±	0	+	0	+
Pneumothorax	0	+	0	+	+	0	0	0	0	0
Dev.médiast.	0	0	0	+	0	0	0	0	0	0
Antibio.	oxa chlo pris	oxa chlo pris	oxa chlo pris virg kana totra	oxa chlo pris	oxa chlo pris virg	oxa chlo pris	oxa chlo pris	oxa chlo pris oryt	oxa chlo pris	oxa chlo pris spir
Chirurgie	0	0	0	+	0	0	0	0	0	0
Evolution	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G
Durée	44j	21j	82j	?	82j	51j	35j	70j	37j	16j

LEGENDE

spir = spiramycine kana = kanamycine virg = virginamycine

N° dossier	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Année	1966	1966	1966	1966	1967	1967	1967	1968	1968	1968
Sexe	F	M	M	M	M	F	M	F	F	M
Origine	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Age début	200j	103j	63j	450j	60j	180j	75j	90j	81j	80j
Porte entrée	+	+	+	+	+	0	0	0	0	0
Fièvre	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
T.Digest.	+	0	0	0	0	0	+	0	0	0
S.F.resp.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
S.P.resp.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Ballonnement	0	+	0	0	+	0	+	0	0	+
Localisation	B	U	U	U	U	U	U	U	U	U
Bulles	+	+	0	0	+	+	+	+	+	0
Pleurésie	0	0	0	+	+	+	+	+	+	+
Pneumothorax	0	+	+	0	+	0	+	0	0	+
Dévi.médiast.	0	+	+	0	+	0	+	0	0	+
Anti Bio.	oxa pris tetr kana	oxa chlo	oxa chlo	oxa chlo poly	oxa chlo pris	oxa chlo coli poni	oxa chlo pris eryt flab	oxa chlo pris	oxa chlo pris cepo	oxa chlo pris
Chirurgie	0	+	0	0	+	0	+	0	0	0
Evolution	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G
Durée	30j	70j	90j	49j	53j	135j	43j	105j	38j	75j

LEGENDE
poly = polysulfamides cepo = ceporexine

N° dossier	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Année	1968	1968	1968	1968	1969	1969	1970	1970	1970	1971
Sexe	M	F	F	M	F	M	M	M	F	F
Origine	P	P	P	P	D	P	P	D	D	P
Age début	75j	80j	120	56j	240j	90j	126j	35mois	20mois	82j
Porte entrée	+	+	+	+	+	+	0	+	+	0
Fièvre	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
T.digest.	+	0	0	0	+	0	0	0	0	0
S.F.resp.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
S.P.resp.	+	0	0	+	0	+	+	+	+	+
Ballonnement	+	+	0	+	+	0	0	0	0	+
Localisation	U	U	U	B	U	U	U	U	U	U
Bulles	+	+	+	+	+	+	0	0	+	+
Pleurésie	+	0	0	+	0	+	+	+	0	0
Pneumothorax	+	0	0	0	0	0	0	+	0	0
Dev.médias.	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antibio.	oxa chlo pris	oxa chlo pris	oxa chlo pris ceph	oxa chlo pris gent	oxa chlo pris ceph kana coli	pris ceph kana	oxa chlo pris gent ampi	oxa pris ceph kana	oxa chlo pris ceph kana ampi	oxa chlo pris ceph kana coli
Chirurgie	+	0	0	0	0	0	0	+	0	0
Evolution	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G
Durée	33j	40j	54j	45j	51j	30j	28j	30j	27j	48j

LEGENDE
ceph = cephaloridine ampi = ampicilline

.../...
pneumothorax spontanés qui ont permis le diagnostic, mais il n'y a eu aucune pleurésie purulente.

IV -Les phénomènes de soufflage, qu'il s'agisse de pneumothorax spontané ou de bulles, résultent de deux mécanismes : en premier lieu l'existence d'une soupape constituée par la perforation d'une bronche au sein du parenchyme pulmonaire (pneumatocèle) ou dans la plèvre (pneumothorax), en second lieu, d'une pression d'insuflation au moins égale à celle qui est constatée dans la cavité soufflée.

Ces deux éléments sont nécessaires; une soupape ne crée pas en amont une pression positive, une pression ne se maintient pas dans une cavité sans qu'une soupape ne la commande.

Deux cas sont à considérer :

I°/ La pression intracavitaire est égale ou inférieure à la pression atmosphérique. Il ne s'agit pas à proprement parler de soupape, c'est ce qui se passe dans les pneumothorax à pression négative ou isoatmosphérique. L'élasticité du poumon et la perforation pulmonaire suffisent à créer de tels épanchements.

2°/ Les pressions intracavitaires sont très élevées, c'est ce qui se passe dans les pneumothorax suffocants et les bulles géantes, ces pressions dépassent 40 cm. d'eau, elles ne peuvent exister que lors des efforts de la toux et du cri : c'est à ces instants seulement qu'elles son emmagasinées en amont de ces soupapes.

V- Le traitement des pneumothorax avec détresse respiratoire est le drainage, mais il faut émettre des réserves sur la pratique de ponctions de bulles géantes, pour notre part, l'intervention à thorax ouvert suivie non d'exérèse mais de bullectomie et de suture de la soupape est le geste que nous avons utilisé.

VI- La séméiologie des épanchements pleuraux du nourrisson est différente de celle du grand enfant et de l'adulte, notemment en ce qui concerne la diminution du murmure vésiculaire, beaucoup plus difficile à apprécier et bien souvent seulement constatée soit par un soupçon délibéré, soit plus souvent encore, cliché en main.

.../...

.../...

VII- Le traitement intraveineux est une nécessité. Dans trois pleurésies purulentes, les difficultés d'abord veineux nous ont amené à interrompre la perfusion pour y substituer la voie intramusculaire des mêmes antibiotiques aux mêmes doses.

Dans ces trois cas, l'épanchement pleural est reparu à la suite du seul changement de la voie d'introduction. Il a disparu par reprise de la voie neuse, les mêmes antibiotiques aux mêmes doses étant toujours utilisés.

VIII- Le problème de la nécessité ou non de drainage d'un épanchement purulent est difficile à systèmatiser.

I°/ Les pleurésies de faible volume initial, qui marquent une nette tendance à la régression en trois à cinq jours de perfusion, guérissent généralement par le seul traitement médical.

2°/ L'augmentation régulière de l'épanchement dans les mêmes délais, ou une très grande abondance initiale, sont des indications de drainage.
Nous n'avons pas le sentiment qu'une antibiothérapie locale par injection intrapleurale puisse diminuer le nombre des indications du drainage.

Les ponctions évacuatrices à l'aiguille nous paraissent inutiles et inefficaces, elles exposent de plus au risque de blessure pulmonaire.
Le drainage ne peut être fait que par un drain ou un trocard.

IX- L'évolution des bulles est remarquable par sa continuité dans le sens de leur constitution, durant laquelle l'augmentation de volume est régulièrement continue ; cet accroissement aboutit soit à une dimension maximum qui ne se modifiera plus, soit beaucoup plus rarement vers l'extension indéfiniment progressive des bulles géantes. De même, toute diminution de volume du pneumatocèle est suivie de sa régression progressive qui va, contrairement aux abcès du poumon du grand enfant ou de l'adulte, disparaître toujours intégralement sans aucune séquelle.

Nous n'avons jamais observé de rupture de bulle dans la plèvre. Dans tous nos cas, les perforations pleurales ont succédé à une rupture de lésion initiale et jamais à celle d'un pneumatocèle. Il semble que la paroi des pneumatocèles soit constituée d'un parenchyme pulmonaire épaissi par tassement et non infecté; ceci au moins sous traitement antibiotique mis en place depuis plusieurs jours. On observe parfois, lors de la régression des bulles une image à double contour, comportant un cerne périphérique opaque et un contour interne circulaire.
Cet aspect correspond probablement à l'aération du parenchyme pulmonaire atélectasié initialement pour former le bord du pneumatocèle.

.../...

.../...

X- Les mécanismes de détresse respiratoire sont très divers:

1°/ En cas de pleurésie purulente, même de faible volume, il y a une paralysie réflexe du diaphragme et peut être des intercostaux; ceci s'accompagne d'un balancement du médiastin correspondant à un certain volume qui est soustrait à l'air courant.

2°/ Les pleurésies purulentes bilatérales, quelque soit leur volume, entrainent immédiatement une détresse respiratoire par paralysie bilatérale réflexe du diaphragme.

3°/ Les pneumothorax et les pneumatocèles géants sous pression présentent, outre le volume qu'ils occupent, un danger mécanique qui est le suivant : à l'inspiration, la pression intrathoracique s'abaisse et le rapport de la pression intracavitaire sur celle du parenchyme voisin se modifie. Comme les parois de ces cavités sont élastiques, leur volume va augmenter à l'inspiration et diminuer à l'expiration; cette variation de volume est soustraite au volume courant.

XI- Il est bien entendu que la réanimation respiratoire doit tenir compte de tous ces éléments.

Le drainage des épanchements liquides ou aériens sous pression va de soi.

La paralysie réflexe du ou des diaphragmes et accessoirement le balancement du médiastin relèvent de la ventilation assistée.

Le traitement des bulles géantes entrainant une atteinte fonctionnelle respiratoire demeure l'objet de discussion. L'inefficacité de la corticothérapie et des broncho-aspirations paraît établie. On ne saurait méconnaître les risques de l'abord direct dans les cavités pulmonaires par ponction ou drainage et l'abord à thorax ouvert comporte moins d'inconnues.

Dans le sens de la physio-pathologie qui a été décrite une intubation trachéale à l'air libre est logiquement indiquée.

BIBLIOGRAPHIE

I/ Archives Françaises de pédiatrie Paris
- 1967 24 N°4 Avril
Etude de 29 cas de staphylococcie pleuro-pulmonaire du nourrisson.
G.LEPERCQ, R.SAADA et coll.

- 1968 25 N°2 Fevrier
A.FONTAN, VERGER, BATTIN, GUILLARD, DELFOUR

2/ VIII symposium BRISTOL

3/ IX symposium BRISTOL

4/ Annales de médecine interne Août-Septembre 1970
- Le choc infectieux staphylococcique
VIC-DUPONT, F.VACHON, C.BAZIN, F.DIAMANT-BERGER et P.VEYSSIER

5/ Annales de pédiatrie Janvier 1972
- 1972 194 I 43 48
Le soufflage au cours des suppurations pleuro-pulmonaires du nourrisson

- 35/P 35
Staphylococcies pleuro-pulmonaires du nourrisson, aspect radiologiques initiaux normaux.
G.LEPERCQ, R.STEINCHNEDDER, R.SAADA, R.BROCARD

6/ Revue du praticien 1/I/1968 N°I
- Staphylococcies pleuro-pulmonaires
J.VIALATTE

7/ Pédiatrie T XXIII N°I 1967
- Les staphylococcies pleuro-pulmonaires du nouveau né
SACREZ J-M, LEVY F., KLEIN R. KORN, Mellc FOUSSEREAU

8/ Thèse DIEBOLT MICHEL Paris 1964 N°939
- A propos des staphylococcies pleuro-pulmonaires chez l'enfant

9/ Thèse LANDRY HENRI Paris 1955 N°186
- Diagnostic radiologique des staphylococcies pleuro-pulmonaires du nourrisson.

10/ Thèse DUMONT MARTINE Paris
- Staphylococcies pleuro-pulmonaires à image initiale normale

11/ Thèse LEYNE M. Paris 1969
- Le soufflage des staphylococcies pleuro-pulmonaires

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur de l'Académie de PARIS

Robert MALLET

VU

Le Doyen de la Faculté de Médecine
de CRETEIL

M.RAPIN

VU

Le Président de Thèse